Rok LI. Kraków, dnia 27. kwietnia 1912. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Aleksander Stopczański.

(Wspomnienie pośmiertne).

Dnia 3 marca b. r. utracił Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego najstarszego ze swych dawnych członków, świat lekarski najstarszego ze swych nauczycieli. Profesor Aleksander Stopczański należał do ludzi epoki, której zadaniem było przekształcić naszą szkołę lekarską, wprowadzić do niej nowe kierunki, nowe podstawy przyrodniczej myśli, a których troską było stworzenie warsztatów pracy, ich odpowiednie wyposażenie, a przez to umożliwienie przyszłemu pokoleniu owocnej pracy twórczej.

Ś. p. Stopczański ukończył studya lekarskie w Wiedniu; Wydział lekarski wiedeński był wtedy u szczytu sławy. Zarówno w dziale medycyny praktycznej, jak i w dziale medycyny teoretycznej, spotykamy nazwiska, które w rozwoju współczesnej wiedzy lekarskiej pierwszorzędną odegrały rolę. Anatomię wykładał Hyrtl, anatomię patologiczną Rokitansky, medycynę wewnętrzną Škoda i Oppolzer, okulistykę Arlt i Jaeger, położnictwo K. Braun, syfilidologię Sigmund, dermatologię Hebra.

Stopczański poświęcił się chemii fizyologicznej, wiedzy stosunkowo młodej, która jednak już wówczas ścisłością metod i doniosłością osiąganych wyników zapowiadała zwycięskie opanowanie wszystkich dziedzin medycyny teoretycznej, co rozwój dni dzisiejszych najdokładniej potwierdza.

Właśnie w owych czasach E. Brücke, profesor fizyologii na Uniwersytecie wiedeńskim, ogłaszał swe badania nad trawieniem białek, prace nad pepsyną i peptonami, które stanowią podstawę fizyologii i patologii trawienia. Jan Floryan Heller, docent chemii fizyologicznej i patologicznej i kierownik pracowni chemicznej przy szpitalu powszechnym w Wiedniu, dawał podwaliny nauce o moczu; przez niego podane metody wykrywania białka i krwi w moczu, system badania kamieni moczowych, badania nad barwikami moczu, występującymi w stanach chorobowych, należą do najcenniejszych pewników chemii patologicznej.

Pod kierunkiem Redtenbachera, który wykładał podówczas chemię ogólną na wydziale filozoficznym, a następnie pod kierunkiem Hellera odbywał ś. p. Stopczański swe studya. W roku 1860 został asystentem Hellera i pozostał na tem stanowisku do roku 1865; lata te, spędzone w pracowni, ożywionej prawdziwie naukową atmosferą, były najpiękniejszemi latami Stopczańskiego, lubił do nich przenosić się wspomnieniami. Żywe stosunki koleżeńskie łączyły go z młodszymi chemikami: z Folwarcznym, późniejszym docentem chemii fizyologicznej, z Liebenem, Ludwigiem; podczas przyjacielskiej rozmowy z tymi kolegami można było, jak sam opowiadał, skorzystać więcej, niż z książkowych studyów.

Niewątpliwie łączyły go również przyjacielskie związki z kolegami Polakami, którzy równocześnie z nim byli asystentami przy katedrach wiedeńskich, a później objęli katedry na Wydziale lekarskim w Krakowie: z Madurowiczem, Biesiadeckim, Rydlem.

W roku 1865 powołano ś. p. Stopczańskiego na kierownika pracowni chemii patologicznej, utworzonej przy klinikach w Krakowie. W tymże roku został docentem, w roku 1869 zaś profesorem nadzwyczajnym chemii patologicznej. Stanowisko, objęte przez profesora Stopczańskiego, było ważnym posterunkiem nietylko naukowym, ale i pracy społecznej.

Zakład chemii patologicznej i zakład chemii ogólnej przy Wydziale filozoficznym, kierowany przez Profesora Czyrniańskiego, były jedynemi pracowniami chemicznemi w Krakowie. Wkrótce profesor Stopczański objął obowiązki chemika szpitalnego; zakres działalności zakładu, ale i zakres pracy i obowiązków jego kierownika wzrósł niezmiernie. Wykonywano w owej pracowni rozbiory lekarskie, przedstawiające interes kliniczny lub naukowy dla wszystkich zakładów leczniczych Uniwersytetu i szpitala, przeważnie bezpłatnie wykonywano rozbiory chemiczno-lekarskie dla chorych niezamożnych, leczonych na mieście, z konieczności podejmowano się rozbiorów higienicznych, sądowych i policyjnych, zakład zatem skupiał w swych murach pracę, wykonywaną obecnie w czterech przynajmniej pracowniach przez wielką ilość fachowo wykształconych pracowników.

Aby należycie ocenić zasługę społeczną i wartość pracy ś. p. profesora Stopczańskiego, należy niezapominać o tych wyjątkowych warunkach i obowiązkach, których ciężar musiał przyjąć na siebie.

Jedną z najcenniejszych prac profesora Stopczańskiego w kierunku higieniczno-społecznym stanowią pierwsze naukowe rozbiory wód mineralnych krynickich i troska o utrzymanie i należyte pielęgnowanie tychże źródeł.

Za główne zadanie uważał jednak profesor Stopczański pracę nauczycielską: powierzono mu nauczanie ważnej dziedziny patologii, zapoznanie uczniów z jej techniką, metodami i wynikami, obowiązującemi praktykę lekarską; rozu-

miał całą doniosłość swego zadania i gorliwie mu się oddawał.

Wszyscy lekarze, praktykujący w Galicyi, pamiętają jego wykłady; z powodu pewnej niewyraźności mowy ś. p. Stopczańskiego trzeba się było do nich przyzwyczaić, należało się w nią wsłuchać, lecz jeśli kto zadał sobie trud wsłuchania się w słowa starego nauczyciela, dawał się porwać jego zapałowi, czuł się zaskoczony rozległością i gruntownością jego wiedzy i pociągnięty jasnością i subtelnością myśli chemicznej.

Mimo gruntownego wykształcenia w całokształcie wiedzy chemicznej, kierunek pracy i zamiłowania profesora Stopczańskiego nosiły charakter szkoły, z której wyszedł, szkoły Hellera; ś. p. Stopczański był przedewszystkiem patologiem, zagadnienia chemii patologicznej najwięcej go pociągały, a za główne zadanie uważał ugruntowanie w umysłach adeptów zawodu lekarskiego wiadomości chemiczno-patologicznych, ważnych dla praktyki, dla leczenia chorych.

Żywe słowo, demonstracye oparte na bogatem doświadczeniu, wreszcie podręcznik o rozbiorze moczu, wydany przez Wiczkowskiego, który między rokiem 1883—1886 był jego asystentem, miały za zadanie utrwalić i rozszerzyć wiadomości świata lekarskiego polskiego w jednej z najważniejszych, a, powiedzmy, jednej z najtrudniejszych dziedzin patologii i skutek ten w znacznej mierze osiągnęły; dowodem tego postępu, jak słusznie zauważył profesor Stopczański, znaczne zmniejszenie zaniedbanych przypadków cierpień pęcherzowych, których obrazy, nawet w zakładzie chemii lekarskiej, stały się rzadkością pod koniec działalności zmarłego profesora.

Drugim celem, który przyświecał życiu zmarłego, było rozszerzenie zakładu, przekształcenie go z podręcznej pracowni patologicznej na poważny instytut naukowy, któryby rozporządzał miejscem i środkami, niezbędnymi do poważnych badań biologicznych, a służąc najwyżej rozwiniętej gałęzi wiedzy biologicznej, rozporządzającej najściślejszemi metodami, zajął kierujące stanowisko w rozwoju studyów teoretyczno-medycznych na naszym uniwersytecie. Z wielkim tylko trudem udało się Stopczańskiemu myśl tę przeprowadzić. Na kilka lat przed ustąpieniem Stopczańskiego z katedry złożyło ministeryum w jego ręce całkowite kierownictwo studyów chemicznych dla medyków; studya chemiczno-lekarskie zyskały przez to na jednolitości i ciągłości myśli. Prof. Stopczański był gorliwym zwolennikiem tej reformy i jednym z pierwszych z grona swych kolegów austryackich, który przyjął podwójne obowiązki nauczycielskie, kierując się jedynie przekonaniem o pożyteczności tej zmiany w studyach.

Dopiero jednak na dwa lata przed usunięciem się od zawodu nauczycielskiego doczekał się zmarły profesor przeniesienia zakładu chemii lekarskiej do dawnego poklinicznego budynku przy ul. Kopernika l. 7, przez co katedra chemii zyskała piękny i obszerny lokal. Urządzenie tego zakładu i zapewnienie mu kierownictwa, dającego rękojmię rozwoju naukowego na miarę europejską, wypełniło ostatnie dwa lata działalności profesorskiej ś. p. Stopczańskiego.

Z ludzi, którzy przez dłuższy lub krótszy czas byli współpracownikami profesora Stopczańskiego, a którzy zasłużyli się koło rozwoju nauki lekarskiej, należy wymienić profesora Jaworskiego, dyrektora kliniki lekarskiej w Krakowie, profesora medycyny wewnętrznej we Lwowie Wiczkowskiego; długoletni asystent Prof. Stopczańskiego docent Seńkowski w tejże pracowni wykonał swe prace nad rozdzielaniem alkaloidów i nad konstytucyą cholestearyny; z tejże pracowni wyszedł Dr Panek, obecnie profesor szkoły weterynaryjnej we Lwowie.

Profesor Stopczański przepędził młodość w historycznie pięknym okresie, w epoce rewolucyjnej koło 1848 roku; jego poglądy, sposób myślenia, stosunek do ludzi, nosiły charakter właściwy tej epoce, miały śmiałą szerokość, głęboką wiarę w swe przekonania, niezwyciężalne marzycielstwo, a przedewszystkiem serdeczną życzliwość względem otoczenia, cechy, które zdobiły jego pokolenie.

Śmiałość w wyrażaniu sądów, poczucie obowiązku i życzliwa sympatya, z jaką odnosił się do uczniów i... świata lekarskiego, stały się niemal anekdotycznemi i zapewne nieprędko będą zapomniane.

Może mniej znana jego bezinteresowność, żywe współczucie i odczucie wszelkiej nędzy ludzkiej, które zjednały mu cześć i przywiązanie szerokiego ogółu mieszkańców Krakowa, a nawet całej Galicyi zachodniej.

Wydział lekarski umieścił za życia profesora Stopczańskiego jego pomnik w nowym gmachu chemii lekarskiej w uznaniu zasług nad ugruntowaniem w naszym kraju studyów chemiczno lekarskich; może więcej jeszcze wzruszającym ten pomnik, który zmarły sam sobie wybudował w sercach uczniów i chorych, którym nie szczędził swej pracy i prawdziwie odczutej pomocy i rady.

Dr St. Mostowski.

Z Petersburskiego Domu wychowawczego.

Przyczynek do urobilinuryi i urobilinogenuryi u osesków *).

Podał

Dr med. Stanisław Ostrowski.

W dzisiejszym wykładzie pozwolę sobie zająć uwagę Szan. Panów sprawą 2 barwnych odczynów w moczu dla jakościowego określenia urobiliny i urobilinogenu, sprawą znaczenia nietylko fizyologicznego, lecz poniekąd praktycznego, zaledwie poruszoną w patologii wczesnego dzieciństwa.

Jak wiadomo, urobilina powstaje w jelitach, prawdopodobnie z bilirubiny żółci, jak to wynika z licznych spostrzeżeń fizyologicznych i klinicznych: 1) stała obecność w jelitach sterkobiliny, mającej jednakowy skład z urobiliną ; powstającej z barwików żółciowych; 2) stała nieobecność urobiliny w moczu noworodków i przy zatamowanym odpływie żółci do jelit, natomiast zwiększenie ilości urobiliny w moczu przy wzmożonem gniciu w jelitach. »Można przypuszczać«, powiada Prof. O. Hammarsten [1]), »że w warunkach patologicznych urobilina moczu powstaje różnemi

*) Odczyt, wygłoszony w Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu w dniu 16/29 marca 1912 r.

drogami, lecz nie podlega wątpliwości, że w warunkach prawidłowych wytwarza się ona w jelitach z barwików żółciowych«.

Ilość urobiliny w moczu podlega wahaniom; dobowa ilość waha się według Sailleta [2]) od 30—120 mlgrm.

Ilość urobiliny zwiększa się przy krwotokach, wybroczynach i wogóle w chorobach, w których daje się spostrzegać rozpad krwinek czerwonych, jak również i przy zatruciu krwi niektórymi jadami; zwiększenie to spostrzegano także w gorączce, wadach serca, kolkach ołowiczych, zanikowej marskości wątroby i szczególnie przy t. zw. żółtaczce urobilinowej.

Bardzo czułym odczynnikiem dla jakościowego określania urobiliny w moczu jest metoda Schlesinger-Hildebrandta, polegająca na tem, że do pewnej ilości nieprzesączonego moczu dodaje się takąż ilość odczynnika (przed użyciem trzeba go wstrząsnąć), składającego się z 10% wyskokowego (bezwodnego) rozczynu octanu cynku. Płyn się przesącza i stosownie do zielonej lub czerwonawo-zielonej fluorescencyi przesączu można mówić o obecności urobiliny w moczu.

W 1901 r. Ehrlich [3]) podał barwny odczyn z dimetylamidobenzaldehydem. Do niewielkiej ilości (5 cm³) moczu dodaje się 5—8 kropel 2% rozczynu dimetylamidobenzaldehydu w równych częściach stężonego kwasu solnego i wody przekroplonej. Ehrlich zauważył, że u osób zdrowych odczyn ten daje wynik ujemny lub słabe różowe zabarwienie, natomiast u chorych (durowych, suchotników, w chorobach dróg pokarmowych) występuje czerwone lub wiśniowo czerwone zabarwienie, które uważa on za odczyn dodatni.

W ślad za publikacyą Ehrlicha zjawiły się prace w tym kierunku treści fizyologiczno-chemicznej i klinicznej. Pröscher [4]) daje substancyi oddziałującej formułę $C_7H_{15}O_6N$ i uważa ją za ciało pokrewne z glukozaminą. Neubauerowi [5]) udało się otrzymać z moczu 2 rozczyny, z których jeden wykazywał odczyn urobiliny i nie dawał benzaldehydowego odczynu, drugi zaś nie zawierał wcale urobiliny, z odczynnikiem Ehrlicha dawał wybitny odczyn. Neubauer więc przypuszcza, że przy odczynie Ehrlicha substancyą działającą jest urobilinogen, co wynika stąd, że, redukując urobilinę amalgamatem sodu, otrzymał on ciało, które dawało wybitny odczyn Ehrlicha. Również przy redukcyi wyższych derywatów barwików krwi — hematoporfiryny i hematyny — można otrzymać urobilinę i, co jest bardzo ciekawe, także przy redukcyi barwika liści chlorofilu. Przedwcześnie zmarły rodak nasz, prof. Marceli Nencki, który w ostatnich latach swojego życia pozostawił ważne prace o budowie krwi i jej barwika, otrzymał zapomocą redukcyi ciało beztlenowe, które dawało odczyn z pyrrolem, a które on nazwał hemopyrrolem. Ciało to, z fizyologicznego punktu widzenia nader ważne — (Prof. Nencki uważał je za butylpyrrol, będący podstawą wszystkich barwików krwi i liści) — jest to, zdaniem Neubauera, urobilinogen, t. j. ciało, które, pochłaniając tlen przy pozostawaniu na powietrzu, przeistacza się się w urobilinę.

Rozpatrzmy, jakie są warunki powstawania i przemiany urobilinogenu w ustroju?

Najbardziej prawdopodobna jest według ostatnich badań teorya jelitowa Müllera [6]), według której urobilinogen powstaje w jelitach i jest produktem redukującego działania drobnoustrojów na bilirubinę żółci. Przeważna część urobilinogenu zostaje z jelit wydalona z wypróżnieniami, druga wchłaniając się, dostaje się do wątroby, gdzie większą część zatrzymują komórki wątrobne, mniejsza zaś, po przejściu do krwi, dochodzi do nerek i wydziela się z moczem. W tym kierunku trzeba zawsze uwzględniać odbywające się w ustroju sprawy rozpadu krwi, od natężenia których zależy ten lub ów dowóz barwików krwi, z których się wytwarza bilirubina żółci. W prawidłowych warunkach mocz osób zdrowych zawiera tylko nieznaczne ślady urobilinogenu, natomiast w warunkach patologicznych, kiedy prawidłowa działalność jakiegoś narządu jest upośledzona, wtedy bywa zmieniona i przemiana urobilinogenu.

Bezwątpienia najważniejszą rolę w przemianie urobilinogenu odgrywa wątroba, ponieważ wytwarza ona materyał dla jego produkcyi, następnie posiada własność zatrzymywania urobilinogenu po drodze z jelit do krążenia ogólnego; przy upośledzeniu tej drugiej własności wątroby urobilinogen, nie będąc zatrzymywany przez wątrobę, przechodzi do ogólnego obiegu krwi i przy prawidłowej sprawności nerek, wydziela się z moczem w wielkiej ilości. Przy znacznych zmianach w nerkach resp. przy zaburzeniu ich sprawności odchodzi z moczem mniejsza ilość urobilinogenu; to samo następuje i przy silnych biegunkach, kiedy wielka ilość powstałego w jelitach urobilinogenu odchodzi z kałem.

Nim przejdę do omówienia klinicznego znaczenia urobilinuryi u dzieci, w krótkich zarysach przedstawię dane, tyczące się tej sprawy u dorosłych.

Clemens [7]) badał odczyn Ehrlicha w 300 przypadkach. Wybitny odczyn otrzymał on w 19% przypadków, odznaczających się silnym rozpadem ciał białkowych ustroju i zmianami chorobowemi dróg pokarmowych. Autor ten uważa ten odczyn za bezwartościowy dla celów rozpoznawczych, uznając jednak jego znaczenie ogólno-patologiczne; innemi słowy odczyn ten wskazuje, zdaniem Clemensa, tylko na obecność choroby w ustroju. U ludzi zdrowych odczynu tego Clemens nie otrzymywał, lub tylko w postaci śladów.

Koziczkowsky [8]) na mocy zbadania 1000 przypadków doszedł do wniosku, że wybitny odczyn występuje tylko przy ciężkich sprawach chorobowych, wskazując na zmiany zaszłe w stanie chorego. Wybitny odczyn dodatni otrzymał Koziczkowsky przy gruźlicy płuc, marskości wątroby i u chorych sercowych z objawami niewyrównania; ujemny — u chorych na nerki.

Wiłłanen [9]) na materyale kliniki Prof. Sirotinina w wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu (przeszło 150 przypadków) otrzymywał wybitny odczyn benzaldehydowy w niektórych przypadkach ciężkiego duru, w gruźlicy płuc w ostatnim okresie choroby, w grypowych zapaleniach płuc, w zapaleniach opłucnej wysiękowych, w niektórych przypadkach tętniaka tętnicy głównej, przy ogólnem stwardnieniu tętnic, przy wadach serca w okresie niewyrównania, w ciężkiej marskości wątroby, w ostrych i podostrych zaburzeniach żołądka i jelit i u chorych na raka. Jego zdaniem odczyn ten nie ma znaczenia rozpoznawczego. Odczyn dodatni wskazuje tylko na stan patologiczny ustroju; lecz tego odczynu może też brakować w moczu chorych. W wielu przypadkach, lecz nie zawsze, autor ten spostrzegał ana-

logię między natężeniem odczynu i wahaniami w stanie chorego.

Hildebrandt [10]), zbadawszy na wielkim materyale sprawę wydzielania urobiliny i urobilinogenu, doszedł do wniosku, że pod względem rozpoznawczym urobilina i urobilinogen mają taką samą wartość i że ich główne znaczenie kliniczne polega na tem, że patologicznie zwiększona ilość ich w moczu wskazuje na zaburzenia czynności wątroby.

Co do urobiligenu do identycznych wniosków doszedł i Pedenko [11]), który przeprowadził swoje badania na 136 chorych w klinice Prof. Sahliego w Bernie i na 49 chorych w klinice Prof. Wołkowa w kobiecym Instytucie lekarskim w Petersburgu. Podział chorych był następujący: Chorych na dur brzuszny było 18, na płonicę 13, na zapalenie opon mózgowordzeniowych 5, na zapalenie płuc krupowe 6, na gruźlicę 28, na zapalenie opłucnej 12, na krztusiec 4, na odrę 2, na błonicę 3, na zapalenie płuc nieżytowe 3, na podostre zapalenie stawów 2, z niewyrównaną działalnością serca 14, z marskością wątroby 8 i ze zmianami nerek 11 (jeszcze kilku chorych z innemi zmianami narządów wewnętrznych).

U dzieci urobilinurya, jak również i urobilinogenurya były przedmiotem badań przeważnie w chorobach zakaźnych, a zwłaszcza w płonicy.

Labbé [12]) w roku 1903 wskazał, że urobilinurya w błonicy jest zjawiskiem stałem, w płonicy zaś spotyka się ją rzadko. Inne wyniki w tym kierunku otrzymał Tugendreich [13]): z 11 przypadków płonicy wybitną urobilinuryę spostrzegał w 90%, a z 6 przypadków błonicy słabą urobilinuryę w 7%. Natężenie sprawy nie było w związku z wydzielaniem urobiliny.

Bookman [14]) na 11 przypadków płonicy znalazł urobilinę w 3, urobilinogen w 5; na 15 przypadków błonicy urobilinę w 2, urobilinogen w 13. Autor ten, — mojem zdaniem zupełnie słusznie — twierdzi, że nie można dojść do wniosku, aby błonica odznaczała się wzmożonem wydzielaniem urobilinogenu, albowiem inna serya przypadków może dać inne wyniki. Jakiegokolwiek związku między przebiegiem choroby i odczynem benzaldehydowym Bookman nie spostrzegał.

Bach i Reuss [15]) badali urobilinuryę i urobilinogenuryę w 58 przypadkach płonicy i doszli do wniosku, że w przeważnej liczbie przypadków tej choroby można spostrzegać nader wybitne odczyny dodatnie. Autorowie ci wypowiadają już przytoczone zdanie, że przyczyna urobilinuryi i urobilinogenuryi tkwi w czynnościowej niedomodze wątroby. Ciż sami autorowie [16]) badali urobilinuryę w odrze (na 51 przypadków urobilinuryę znaleźli w 92%).

Niedawno sprawą tą zajmowała się Arsenjewa [17]) na materyale miejskiego szpitala dziecięcego w Petersburgu (42 przypadki płonicy i 31 przypadki odry) i zauważyła, że u chorych na płonicę prawie zawsze z natężeniem sprawy chorobowej wzmaga się nasilenie i trwałość obydwu odczynów. Porównując urobilinuryę i urobilinogenuryę w płonicy i odrze, twierdzi Arsenjewa, że odczyny dodatnie u chorych na płonicę trwają dłużej i są wybitniejsze, niż w odrze, i przypuszcza, że można napotkać takie przypadki, w których wczesne wystąpienie odczynów może dopomódz przy rozpoznaniu różniczkowem między płonicą a odrą. Odczyny te poniekąd mogą mieć znaczenie i dla rokowania: z 8 chorych z wybitnymi i trwałymi odczynami 4 zmarło.

Badań tej sprawy u niemowląt jest bardzo mało. Tugendreich na materyale kliniki prof. Baginskyego w Berlinie, posiłkując się jakościowym odczynem urobiliny, nie znajdował jej w moczu dzieci zdrowych, również i przy ilościowem określaniu urobiliny w moczu zdrowych dzieci nigdy nie otrzymał wyniku dodatniego. Pomimo to próbę urobiliny wykonał on u 6 niemowląt z przewlekłym nieżytem żołądka i jelit, u 1 z ostrym, u 1 z krwawą biegunką i u 2 z ogólnym zanikiem; odczyn dodatni otrzymał tylko u 1 z zanikiem.

Kimura [18]) twierdzi, że w żółci i smołce u noworodków, które nie otrzymywały żadnego pokarmu, urobilinogenu nie ma.

Giarré [19]) nie napotykał urobiliny w moczu przy żółtaczce noworodków.

Liczne badania, przeprowadzone przez Bookmana na zdrowych dzieciach przy różnem ich karmieniu, dowiodły, że w warunkach prawidłowych urobilinogen zjawia się w moczu tylko w bardzo niewielkiej ilości. Autor ten nigdy nie otrzymywał dodatniego odczynu na zimno, bez nagrzewania. Bardzo słabe odczyny napotykano u zdrowych niemowląt karmionych piersią, co się tłómaczy nieznacznem tylko gniciem w jelitach niemowląt przy karmieniu ich mlekiem kobiecem. Przy cuchnących stolcach występował wybitniejszy odczyn Ehrlicha. Przy zapaleniu jelit występował to słabszy, to silniejszy odczyn.

Własne badania przeprowadziłem na 123 oseskach (w wieku od 1 tygodnia do roku), posiłkując się wyżej wskazanymi odczynami: dla jakościowego określania urobilinogenu odczynem Ehrlicha, a dla jakościowego określania urobiliny — odczynem Schlesingera. Co się tyczy odczynu dimetylamidobenzaldehydowego, to dodatniego nigdy nie otrzymałem na zimno; najsłabszy nawet odczyn występował tylko przy nagrzewaniu. Za słaby odczyn uznawałem różowe zabarwienie moczu przy nagrzewaniu, za odczyn wybitny — zabarwienie czerwone do wiśniowo-czerwonego.

Z 123 niemowląt u 91 przeprowadziłem odczyn urobilinogenu i urobiliny, u reszty 32 — tylko odczyn Ehrlicha. W 10 przypadkach zapalenia płuc nieżytowego badałem obydwa odczyny powtórnie, u reszty jednorazowo. Odczyn Schlesingera uznawałem za słaby, gdy w przesączu od zmieszania równych części moczu nieprzesączonego i 10% wyskokowego rozczynu octanu cynku występowało zabarwienie zielonawe, za odczyn wybitny uważałem zabarwienie mocno zielone z czerwonawym odcieniem.

Materyał mój stosownie do postaci choroby można podzielić w następujący sposób: 12 zdrowych niemowląt (u 3 otrzymałem słaby odczyn Ehrlicha, u 1 — słaby Schlesingera*); wszystkie dzieci otrzymywały oprócz mleka kobiecego, także krowie.

Z pośród 10 przedwcześnie urodzonych (waga dzieci nie dochodziła do 2000 grm.) u 1 otrzymano słaby, a u 1 wybitny odczyn Ehrlicha; z pośród 3 niemowląt

*) Należy tu wspomnieć, że dodatni odczyn urobiliny otrzymałem tylko w tych przypadkach, w których także odczyn Ehrlicha był dodatni.

z przymiotem dziedzicznym u 1 otrzymano słaby odczyn Ehrlicha i słaby odczyn Schlesingera.

1 przypadek niepowikłanego ostrego nieżytu jelit dał wybitny odczyn benzaldehydowy.

Wszystkich przypadków zapalenia płuc nieżytowego, przeważnie grypowego, było 48; z tych w 16 otrzymano słaby odczyn benzaldehydowy, w 10 wybitny.

Chorych z ogólną gruźlicą (udowodnioną sekcyą) było 12; u 9 otrzymano odczyn Ehrlicha w słabszym lub silniejszym stopniu.

W reszcie przypadków był nieżyt oskrzeli (przeważnie grypowy), zapalenie ucha środkowego, krzywica, plamica, wrodzona wątłość.

Jeżeli wyłączyć z ogólnej (123) liczby osesków 12 zdrowych, to na 111 z rozmaitemi chorobami odczyn urobilinogenu otrzymałem u 43 (25 razy słaby i 18 wybitny), co stanowi 38,9%.

Słaby odczyn Schlesingera otrzymałem 9 razy, wybitny 6, co stanowi 19% (w stosunku do 79 chorych). Zaznaczam, że wybitną urobilinuryę stwierdziłem w 5 przypadkach ogólnej gruźlicy.

Rozważywszy bliżej dane, uzyskane z moich badań, przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że obydwa odczyny u zdrowych osesków prawie zawsze dają wynik ujemny, co się zgadza z twierdzeniem Bookmana; odczyn dodatni otrzymałem tylko u zdrowych niemowląt, karmionych pokarmem mieszanym (gnicie w jelitach). Moje dane potwierdzają dalej spostrzeżenia Wiłlanena, Pedenki i innych, że odczynów tych można nie otrzymać w moczu niewątpliwie chorych. Związek między siłą odczynu i natężeniem sprawy chorobowej stwierdzałem nie zawsze, na co wskazują i inni autorowie. Jeżeli odczyny te są dodatnie, to uwydatniają bezwątpienia stan patologiczny ustroju i prawdopodobnie czynnościową niedomogę wątroby co do urobiliny i urobilinogenu, ta zaś niedomoga czynnościowa, zdaniem Hildebrandta, odpowiada zmianie anatomicznej; pod tym względem te odczyny mają pewną kliniczną wartość także i w patologii wczesnego dzieciństwa. Żadnego rozpoznawczego znaczenia przy niezakaźnych chorobach u niemowląt odczyny te nie posiadają.

Piśmiennictwo. 1. O. Hammarsten. Lehrbuch der physiologischen Chemie, 1904. — 2. Cyt. według Hammarstena. — 3. Cyt. według Wiłlanena. — 4. Cyt. według Bookmana. — 5. Cyt. według Bookmana. — 6. Cyt. według Pedenko. — 7. Clemens. Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 1901, t. 71. — 8. Koziczkowsky. Berliner klin. Wochenschrift, 1902, N. 44. — 9. Wiłlanen. Ruskij Wracz, 1904, N. 46. — 10. Hildebrandt. Cyt. według Pedenko. — 11. Pedenko. Ruskij Wracz, 1911, N. 51.— 12. Labbé. Cyt. według Tugendreicha. — 13. G. Tugendreich. Archiv f. Kinderheilkunde, 1906, t. 33, str. 203. — 14. A. Bookmann. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1906, t. 64, str. 203. — 15. Bach und Reuss. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1910. — 16. Bach und Reuss. Zeitschrift f. Kinderheilkunde, t. 2. — 17. Arsenjewa. Ruskij Wracz, 1911, N. 51. — 18. Cyt. według Bookmana. — 19. Cyt. według Bookmana.

Z c. k. Kliniki okulistycznej U. J. Radcy Dworu Prof. Dra Wicherkiewicza w Krakowie.

Eozynofilia w jaskrze.

Podał

Dr Tadeusz Kleczkowski,

asystent kliniki.

W większości przypadków rozpoznawanie nerwic wewnętrznych narządów ustroju oparte jest jedynie na podstawie objawów klinicznych, bez możliwości podania anatomicznej przyczyny danego stanu chorobowego. Jednak tak, jak dotychczas udało się na podstawie ścisłych anatomiczno-fizyologicznych pojęć dokładnie zróżnicować organiczne schorzenia nerwów mózgowo-rdzeniowych, tak również tosamo powinno się udać przy schorzeniach tych nerwów, które unerwiają narządy wewnętrzne. Zagadnienie to stało się zasadniczym celem licznych doświadczalnych badań i klinicznych spostrzeżeń Eppingera i Hessa ([1]). W przeciwieństwie do tak zw. »animalnego układu nerwowego«, unerwiającego narządy naszych zmysłów i mięśnie stojące pod wpływem naszej woli, rozróżnić można układ nerwowy t. zw. »wegetatywny«, obejmujący wszystkie włókna nerwowe, unerwiające mięśnie gładkie i gruczoły. W zakresie tego układu nerwowego znajdują się również prążkowane mięśnie serca, początkowego i końcowego odcinka przewodu pokarmowego i narządu płciowego. Anatomicznie niełatwo jest oddzielić układ »animalny« od »wegetatywnego«, jądra bowiem obu układów (w mózgu i rdzeniu przedłużonym) leżą blizko siebie i połączone są licznemi włóknami łączącemi (anastomozy). Ściśle odgraniczyć się dają oba układy od siebie dopiero w przebiegu obwodowym. Główna anatomiczna różnica między oboma układami polega na tem, że zaopatrywanie narządów, będących w zakresie układu »animalnego« spełnia neuron bez żadnego pośrednictwa, w układzie zaś »wegetatywnym« między narządem unerwianym, a ośrodkiem nerwowym, leży zawsze komórka zwoju, leżącego obwodowo w rozmaitem od środka oddaleniu. Układ »wegetatywny« podzielić można tak anatomicznie, jak również i czynnościowo na dwa działy. Pierwszy, to nerw współczulny (n. sympathicus) w całym swym zakresie, drugi, to nerwy wegetatywne, w żadnym związku z nerwem współczulnym nie stojące (n. vagus).

Pod względem czynnościowym o następstwach podrażnienia nerwu współczulnego lub błędnego przekonać się według Eppingera można jedynie na drodze farmakologicznej. Adrenalina jest substancyą, działającą wyłącznie na układ nerwowy współczulny, z drugiej zaś strony pilokarpina, muskaryna i fizostygmina są truciznami, działającemi jedynie na nerwy autonomiczne (n. błędny). Te wiadomości anatomiczne i fizyologiczne wyzyskane zostały w bardzo logiczny i pomysłowy sposób dla kliniki przez Eppingera i Hessa. Badacze ci wyosobnili cały szereg obrazów chorobowych, w których powstaniu przyjąć było można za czynnik przyczynowy wzmożoną wrażliwość nerwów autonomicznych (usposobienie wagotoniczne). Do stanów wzmożonej wrażliwości nerwów autonomicznych dołączają się potem objawy chorobowe, określone wspólną nazwą

»vagotonia«. Tutaj zaliczone zostały: dychawica oskrzelowa, dusznica bolesna pochodzenia naczynioruchowego i nadmierny ruch (hypermotilitas) z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego. Prócz łatwo dających się wytłomaczyć objawów klinicznych, przemawiających za usposobieniem wagotonicznem (osoby młode ze skłonnością do nieżytów, z częstymi ruchami połykowymi, ze skłonnością do zwalniania czynności serca i t. d.), zasługuje na szczególną uwagę badanie krwi w takich przypadkach. Badanie krwi u ludzi, wykazujących objawy wagotonii, względnie usposobienie wagotoniczne, stwierdza odsetkowe zwiększenie się białych ciałek krwi eozynochłonnych (Eppinger, Hess). Z badaniami temi zupełnie się zgadzają jeszcze w r. 1892 ogłoszone badania Neussera (2), który po wstrzykiwaniu u ludzi pilokarpiny, a więc ciała, drażniącego nerw błędny, zauważył we krwi eozynofilię. Obraz odsetkowy białych ciałek krwi ulega zupełnej zmianie po wstrzyknięciach adrenaliny i atropiny, eozynofilia bowiem znika, a występuje zwiększenie się ilości białych ciałek obojętnochłonnych (Bertelli, Falta, Scheeger). Zmianą w składzie krwi pod wpływem z jednej strony środków drażniących nerw współczulny zajęli się z polskich badaczy Skórczewski i Wasserberg (3). Autorowie ci na podstawie swych licznych badań, przeprowadzonych na zwierzętach i na chorych kliniki Prof. Jaworskiego, potwierdzają dawniejsze spostrzeżenia Bertellego i i., że adrenalina we krwi wywołuje neutrofilię, znikającą już po 24 godzinach po wstrzyknięciu; pilokarpina jednakże, wbrew spostrzeżeniom Neussera, nie wywołuje eozynofilii, jakby się tego można było spodziewać, ale również pod jej wpływem ciałka neutrochłonne ulegają odsetkowemu zwiększeniu.

W niedawno ogłoszonych badaniach moich (4) stwierdziłem tak próbami chemicznemi, jak również odczynem biologicznym Ehrmana, w surowicy krwi chorych na jaskrę obecność zwiększonej ilości adrenaliny, jako wyraz nadmiernej czynności układu nadnerczynowego w ustroju. Postarawszy się w poprzedniej mojej pracy o wyprowadzenie związku przyczynowego między obecnością adrenaliny w surowicy krwi w jaskrze, a powstawaniem następowego, z powodu ogólnego podniesienia się ciśnienia krwi, wzmożonego ciśnienia śródocznego, wyrobiłem sobie przekonanie, że w ustroju, w którym narząd wzrokowy uległ schorzeniu na jaskrę, napięcie (tonus) nerwu współczulnego musi być wzmożone. Doszedłszy na podstawie swoich badań do takiego wniosku, a znając z drugiej stro iy badania Eppingera i Hessa nad wagotonią, postanowiłem się przekonać, jaki obraz krwi napotyka się u chorych wykazujących objawy podrażnienia nerwu współczulnego, w następstwie którego powstały objawy jaskry, a mianowicie podwyższenie ciśnienia śródocznego.

Sposób badania był następujący. Surowicę każdego chorego na jaskrę badałem co do obecności adrenaliny. Do wykrycia jej używałem sposobu Ewinsa (5) i Schura (6). Sposób pierwszego autora polega na zasadzie, że przy ogrzewaniu rozczynu adrenaliny z 0·1% rozczynem kalium persulfuricum powstaje zabarwienie różowe. Odczyn ten, podany przez Ewinsa dla wykrywania adrenaliny w surowicy krwi, nie jest bardzo dogodny, bo przez zagotowanie surowica się ścina i przybiera barwę różowo-żółtawo opalizującą, wykrycie więc małych ilości adrenaliny może stać się niepewne, bo polegające tylko na odróżnieniu nasilenia barwy. Z 12 teraz badanych chorych w 4 przypadkach próba wypadła ujemnie. Znacznie dogodniejszą okazała się próba Schura podana przez tego autora dla wykrywania adrenaliny w moczu. Wykonywałem próbę tę ściśle według wskazówek Schura, różnica polegała tylko na tem, że do badań użyta została surowica, a nie mocz. Do surowicy dodawałem kilka kropli nalewki jodowej (tra jodi), a nadmiar jej wyciągałem przez dodanie następowe eteru. Zabarwienie purpurowe, występujące przy próbie Schura w surowicy krwi chorych na jaskrę z powodu obecności w niej adrenaliny, jest bardzo wybitne. Nadmienić tutaj muszę, że dodanie nalewki jodowej do surowicy krwi ludzi młodych, nie mających objawów ogólnej miażdżycy naczyń krwionośnych, nie daje odczynu adrenaliny, lecz tylko mniej lub więcej surowicę krwi zabarwia na brązowo. Przekonawszy się temi próbami chemicznemi o obecności adrenaliny w surowicy, brałem krew tychsamych chorych na szkiełko podstawowe i barwiłem sposobem Jennera. Po zabarwieniu liczyłem każdy suchy preparat do 1000 białych ciałek krwi i następnie według ilości poszczególnych rodzajów ciałek białych oznaczałem ilość ich odsetkową. Limfocyty małe i duże, jak również ciałka przejściowe objąłem wspólną grupą przy obliczaniu ich liczby odsetkowej. Wyniki liczenia białych ciałek krwi w przypadkach jaskry widoczne są z niżej podanej tablicy. U wszystkich chorych badałem mocz co do obecności cukru i białka. Cukru w żadnym przypadku nie wykazałem; białko znajdowało się w moczu w przypadku 2. i 9. (Zob. tabl. na str. 317).

Jeżeli według podręcznika chorób krwi Prof. Korczyńskiego (7) i Szurka (7) będziemy uważać za prawidłowe stosunki co do liczby odsetkowej poszczególnych krwinek białych wtedy, gdy ciałek neutrochłonnych znajduje się we krwi 70—75%, ciałek eozynochłonnych 2—4%, a limfocytów dużych i małych wraz z ciałkami przejściowemi 27—30%, to porównując te dane z moimi wynikami badania krwi chorych na jaskrę, zauważyć można pewną zmianę w składzie odsetkowym krwinek białych, dowodzącą odbiegnięcia od stosunków, napotykanych pod tym względem we krwi prawidłowej. Na 12 przypadków badanych jedynie tylko w jednym ilość ciałek neutrochłonnych była w granicach prawidłowych (przypadek X: c. neutrochłonnych 70·5%), we wszystkich zaś innych ilość ich była zmniejszona, wahając się między 60—66·4%. Liczenie ciałek eozynochłonnych doprowadziło mnie do stwierdzenia w 7 przypadkach na 12 zwiększenia się ich ilości, dochodzącej nawet do 10·5% (przyp. IV). Jeżeli według Finka (8) (wedł. podręcznika Grawitza) przyjmiemy za prawidłową ilość ciałek eozynochłonnych 1—2%, to liczba przypadków badanych przezemnie, w których możnaby mówić o eozynofilii, zwiększyłaby się z 7 na 9, wśród 12 przypadków badanych. Liczby określające ilość limfocytów małych i dużych wraz z ciałkami przejściowemi leżą mniej więcej w granicach prawidłowych, wykazując czasem skłonność do zwiększenia się (przyp. VII: 36·9%).

Podawszy te wyniki badań, zastanowić się należy, jakie wnioski z nich wyciągnąć można? Wstrzyknięcie małej dawki adrenaliny człowiekowi wywołuje według Skórczewskiego i Wasserberga zgodnie z dawnemi spostrzeżeniami Falty i Bertarelliego neutrofilię, przy jednoczesnem zmniej-

Liczba porządkowa	Nazwisko chorego, wiek i L. dziennika	Rozpoznanie kliniczne	Ciśnienie śródoczne Schiötz	Odczyn Ewinsa	Odczyn Schura	Neutrochłonne	Eozynofile	Limfocyty duże i małe	Mocz
1	Z. A. 60 l. Nr 165	Glauc. infl. chr. f. abs. o. dex. chron. o. sin.	pr. 62·5 l. 49·1	—	+	67·7%	1·2%	34·5%	—
2	W L., 59 l. Nr 1130	Gl. infl. chr. o. u.	pr. 60 l. 44	—	+	63·8%	1·8%	34·2%	białko
3	K. M., 60 l. Nr 2090	Glauc. infl. chr. o. u.	pr. 43 l. 42	+	+	60·3%	6·6%	33%	—
4	W. A., 60 l. Nr 5247	Glauc. infl. chr. abs. o. u.	pr. 60 l. 58	+	+	63·6%	10·5%	25·8%	—
5	Ł. A., 60 l. Nr 5370	Glauc. infl. f. abs. dex. Ex car. glauc. amaurosis sin.	pr. 52 l. 42	+	+	60%	8·5%	31·4%	—
6	M. A., 64 l. Nr 6692	Glauc. abs. dex. Glauc. infl. chr. sin.	pr. 58 l. 52	+	+	64%	4·3%	31·5%	—
7	S. M., 80 l. Nr 6695	Glauc. abs. dex. Glauc. infl. ac. sin	pr. 60 l. 52	—	+	61·4%	1·7%	36·9%	—
8	K. M., 69 l. Nr 6892	Glauc. infl. chr. abs. o. u.	pr. 52 l. 50	—	+	66·4%	2·4%	30·5%	—
9	Z. T., 72 l. Nr 7018	Glauc. infl. chr. absol. dex. Prodroma glauc. sin.	pr. 50 l. 40	+	+	60·4%	5·2%	34·4%	białko
10	M. P., 70 l. Nr 7237	Glauc. inflam. chron. absol. o. u.	pr. 46 l. 54	+	+	70·5%	4·8%	22·1%	—
11	Ł. K., 68 l. Nr 2680	Glauc. chr. infl. o. u.	pr. 42 l. 41	+	+	60%	6·7%	33%	—
12	R. E., 80 l. Nr 7128	Haemophthalm. expulsivus i bulbo glauc. dex. Glauc. abs. sin.	pr. l. 58	+	+	61%	7·1%	30·5%	—

szeniu się ilości ciałek eozynochłonnych. Moje badania, przeprowadzone w podobnych warunkach ustroju, jak to było w badaniach poprzednich autorów, bo wykazującego obecność adrenaliny krążącej w surowicy krwi, stwierdzają zmniejszenie się ilości ciałek neutrochłonnych przy jednoczesnem częstem zwiększaniu się ilości ciałek eozynochłonnych. Warunki, w jakich badania moje w porównaniu do badań innych autorów były przeprowadzone, nazwałem dlatego tylko podobnymi, a nie takimi samymi, bo adrenalina w doświadczeniach poprzednich autorów, jako w jednorazowej dawce wstrzyknięta, jedynie tylko krótko w ustroju mogła działać; w przypadkach zaś moich, gdzie chorzy okazywali objawy jaskry, adrenalina przez długi czas we krwi krążyć musiała, zanim w ustroju rozwinęły się następstwa jej obecności we krwi. Gdy więc w przypadkach innych autorów możnaby mówić o ostrem, nagłem zadziałaniu adrenaliny, to w przypadkach jaskry możemy mówić o jej działaniu przewlekłem. Różnicą tą w długości czasu działania adrenaliny należałoby zdaniem mojem tłomaczyć sobie odmienne wyniki moich badań w porównaniu do poprzednich badaczy. Za tem przemawiają (aczkolwiek nieliczne) spostrzeżenia Skórczewskiego i Wasserberga, stwierdzające występowanie eozynofilii we krwi świnek morskich, którym przez dłuższy czas wstrzykiwano adrenalinę. Za wnioskami moimi przemawiają również doświadczenia Stäubliego (9). Badacz ten stwierdził, że wstrzykiwanie hodowli zabitych drobnoustrojów wywołuje leukocytozę neutrofilną przy równoczesnem zmniejszeniu się ciałek eozynochłonnych. Neutrofilia ta jest chwilowa, w miarę bowiem powrotu ciałek neutrochłonnych do liczby odsetkowej prawi-

dłowej wytwarza się eozynofilia, którą Staübli uważa za odczynową. Zdaniem mojem wyniki badań Staübliego przenieść można w celach porównania na badania wpływu adrenaliny na skład krwi. Po jednorazowem wstrzyknięciu adrenaliny do ustroju występuje neutrofilia, która następowo w przypadkach dłuższego działania adrenaliny we krwi przechodzi w eozynofilię odczynową. Czy ta eozynofilia odczynowa, za jaką ją w przypadkach jaskry uważam, powstaje dzięki chemicznemu działaniu adrenaliny wprost na narządy krwiotwórcze, czy, idąc w myśl Eppingera i Hessa, w następstwie zadziałania jej na drodze nerwowej (n. współczulny), trudno jest dać zupełnie pewną odpowiedź.

Piśmiennictwo. 1) Eppinger u. Hess. Die Vagotonie. Berlin 1910. — 2) Neusser. Wiener kl. Woch. 1892. — 3) Skórczewski i Wasserberg. Lwów, Tyg. lek. Nr 26, 1911. — 4) Kleczkowski. Postęp okulist. Lipiec 1911 i Klin. Monatsbl. f. Agh. Bd. XLIX Oktob. 1911. — 5) Ewins. Journ. of. Phys. Vol. p. 513, 1911. — 6) Schur. Według Biedl. »Innere Sekretion« 1910. — 7) E. Korczyński i Szurek. Choroby krwi. Kraków, 1906. — 8) Fink. Według Grawitz Klin. Pathol. d. Blutes. Leipzig, 1911. — 9) Staübli. Ergebnisse d. inneren Medizin. Berlin, 1910.

Oceny i sprawozdania.

Gesammelte Werke von Robert Koch. Lipsk 1912 (G. Thieme). Tomów 2, str. 706 + 1216. Cena 80 Marek (w oprawie 88 Marek).

Zbiorowe wydanie dzieł Roberta Kocha wyszło pod redakcyą Gaffkyego, Pfuhla i Schwalbego. Obejmuje ono 2 wielkie tomy formatu dużej ósemki, liczące razem prawie 2000 stron.

Na 43 tablicach, umieszczonych na końcu każdego tomu, znajduje się bardzo wiele fotografii bakteryj i pierwotniaków, badanych przez Kocha w hodowlach, tkankach, preparatach i t. d. Są też dołączone 2 mapy okolic jeziora Viktoria Nyanza, zwiedzonych przez niego. W tekście pomieszczono 194 rycin, przedstawiających jużto świat i krajobrazy z wnętrza Afryki (z kolonii niemieckich) i objaśniających wiele z tego, co w tekscie opisano o śpiączce afrykańskiej, o sposobach jej szerzenia się, jużto fotografie murzynów, dotkniętych framboezyą, jużto tablice, przedstawiające szerzenie się ospy i gruźlicy w miastach Europy i Ameryki i ospy w armiach niemieckiej, francuskiej i austryackiej. Dalej są rysunki bakteryi cholery w tkankach i hodowlach, plany z Altony i z Nietleben, objaśniające szerzenie się cholery, wiele krzywych gorączki w zimnicy i w durze powrotnym, rysunki różnych postaci pasorzyta zimnicy, fotografie różnych gatunków świdrowców, rysunki krętków Obermeyera i afrykańskiej gorączki powrotnej, różne stadya przeobrażeń »pyroplasma bigeminum« i zarazka »african coast fever«, przeszło 20 fotografii różnych typów murzyńskich i scen z ich życia, ciekawych ze względów antropologicznych, obyczajowych i cywilizacyjnych (rysunki na skałach w Kisiba).

Na początku dzieła umieszczono portret Kocha, a na początku tomu II. fotografię jego nagrobka w mauzoleum Zakładu chorób zakaźnych (Institut für Infektionskrankheiten) w Berlinie.

W krótkim wstępie, napisanym przez jednego z wydawców, podano, że wszystkich prac ogłoszonych przez Kocha samego lub do współki z innymi, jest niespełna 100 w ciągu 34 lat jego działalności, a więc liczba względnie niewielka. Koch chwytał za pióro wyłącznie wtedy, gdy miał napisać coś naprawdę nowego. Bardzo rzadko tylko dawał się wciągnąć w polemikę mimo licznych nieraz i namiętnych wycieczek przeciw niemu.

Wiele jego mów wcale nie drukowano, a mnóstwo sprawozdań i orzeczeń, wydanych przez niego dla różnych władz w ciągu 3 dziesięcioleci, jest po większej części ukrytych w archiwach. Wydawcy starali się, o ile mogli, wydobyć je stamtąd, ale okazało się to często niemożliwem z różnych powodów. I to jednak, co zdołali wydostać i włączyć do »Zbiorowego wydania« stanowi z wielu względów ciekawy materyał.

Po wstępie następuje mowa, wygłoszona przez Gaffkyego ku czci i pamięci Kocha w nowej auli uniwersytetu berlińskiego, w rocznicę jego urodzin w dniu 11. grudnia 1910. Dowiadujemy się z niej, że Koch był jednem z trzynaściorga dzieci swych rodziców, że ojciec jego, urzędnik górniczy, chciał go kształcić na kupca, z powodu braku środków na studya kosztowniejsze. To też tylko z wielką biedą i walcząc z niedostatkiem mógł Koch skończyć wydział lekarski w Getyndze w r. 1866. Potem służył kilka miesięcy w szpitalu hamburskim, następnie przez 2 lata w Langenhagen w zakładzie dla idyotów, a od r. 1869 praktykował w Księstwie Poznańskiem w Rakoniewicach (Rackwitz). Stamtąd odbył kampanię r. 1870/71, a po powrocie zdał egzamin fizykacki i otrzymał miejsce lekarza rządowego w Wolsztynie (Wollstein). Tam rozpoczął badania nad wąglikiem i zakażeniami przyrannemi, których wyniki uczyniły imię jego sławnem w świecie lekarskim i przyrodniczym i zapewniły mu w r. 1880 przeniesienie do Berlina, do cesarskiego Urzędu zdrowia, właśnie wtedy założonego. Tu rozpoczyna się jego genialna działalność, znana nawet nielekarskiej publiczności. W r. 1885 mianowany został zwyczajnym profesorem higieny w uniwersytecie berlińskim; ponieważ jednak dydaktyczna działalność zabierała mu za dużo czasu, w r. 1891 zrzekł się tego stanowiska i objął kierownictwo Zakładu dla chorób zakaźnych (Institut für Infektionskrakheiten), stworzonego dla niego. Na tem stanowisku pozostał do końca życia z kilkoletniemi przerwami, poświęconemi na wyprawy do Włoch, Afryki, Indyi, na Jawę i do Nowej Gwinei w celu badania chorób zakaźnych. Zmarł dnia 27. maja 1910 w Baden-Baden.

Dalej następuje zbiór prac Kocha, ogłoszonych w różnych pismach (przeważnie w Deutsche mediz. Wochenschr.) w liczbie 99, a potem zbiór prac (orzeczeń, sprawozdań i t. p.), dotąd drukiem nie ogłoszonych, w liczbie 92.

Pisanie recenzyi tych prac byłoby nie na miejscu. Już dawno ocenił je świat naukowy tak, jak na to zasługują. Chciałbym tylko podzielić się z czytelnikami polskimi niektóremi wrażeniami, jakie się otrzymuje przy ich czytaniu. Fachowcom wiele tych prac jest już dawno dobrze znanych, ale sądzę, że każdy jeszcze znajdzie tam prace, których poprzednio nie czytał (nie mówiąc oczywiście o 92 dotąd drukiem nie ogłoszonych), albo które wyszły mu już z pamięci. I gdy się je teraz widzi wszystkie razem zebrane przed sobą, czyta się je znowu z takiem samem zajęciem, jak kiedyś przed kilku lub kilkunastu laty czytało się je po raz pierwszy. W miarę czytania rośnie zajęcie się niemi: niecierpliwie zdąża się do końca, nie mając nieraz nawet czasu na dokładne rozważenie tego, co się przeczytało, tak jak w powieści zatopiony czytelnik nerwowo zmierza do zakończenia fabuły i rozwikłania sytuacyi. Tylko ta jest różnica, że w powieści chodzi o utwór fantazyi, chociaż nieraz na rzeczywistości oparty, genialnego powieściopisarza, — a tutaj chodzi o rzeczy bardzo realne, mające niezmierną wagę nietylko dla życia każdego człowieka z osobna, ale wprost dla całej ludzkości. I prawie wszystkie prace Kocha czyta się tak łatwo i z takiem do końca nie słabnącem zajęciem, jak doskonałą powieść. Jestem pewny, że nietylko bakteryolog będzie je uważał za bardzo przystępną lekturę, ale każdy lekarz taksamo powie. Może przyczyną tego jest ta wielka prostota metod bakteryologicznych, które jednak zaprowadziły Kocha i jego uczniów do największych odkryć (np. gruźlica, cholera, dur

brzuszny, błonica); — a może też to, o czem mówią i wydawcy, że »simplex veri sigillum«: jak najmniej hypotez — jak najwięcej faktów.

A dalej, jeżeli się czyta te prace, to inna jeszcze rzecz uderza: mozolne i delikatne poszukiwania przyczyny np. cholery, gruźlicy, lub zagadkowych chorób w głębi Afryki grasujących, a które się okazały dżumą, śpiączką afrykańską, zimnicą, badania niektórych zaraz bydlęcych, doprowadzają wreszcie do celu. Zdawałoby się, że to jest zakończenie fabuły w tych niezwyczajnych powieściach Kochowskich i na tem rzecz powinna się skończyć: ale nigdzie tego niema. Bezpośrednio w tropy za odkryciem przyczyny chorób idzie drugie, ważniejsze jeszcze zadanie, a tem jest szukanie sposobów na ten świeżo odkryty zarazek. I tu, jak nigdzie lepiej widać, że Koch, to nie był mól książkowy, ani tylko do ślęczenia nad mikroskopem stworzony pracownik. On odkrycie przyczyny zarazy uważał tylko za środek do celu, tylko za jeden z etapów tej drogi, na której końcu istnieje zupełne wytępienie danej choroby z pośród ludzkości. Ma się nieraz wrażenie, czytając Kocha, że jest on jakby personifikacyą usiłowań ludzkości, zmierzających do walki z zarazą. Po jednej stronie on, upatrujący z przedziwną cierpliwością, logiką, sprytem i zręcznością słabych stron wroga i przygotowujący broń do zadania śmiertelnego ciosu, a z drugiej strony zaraza niszcząca, ślepa, bezlitosna, w postaci np. Boecklinowskiego uosobienia dżumy. Ma się naprawdę wrażenie po kilku godzinach czytania tych powieści Kocha z głębi Afryki, że to zmagają się ze sobą dwie potęgi, które sobie wydały bój śmiertelny. I można powiedzieć bez przesady, że w tej walce zaraza otrzymała cios śmiertelny, że pocisk wypuszczony z ręki Kocha utkwił w niej głęboko. Oczywiście, że miną jeszcze dziesiątki lat, a może i stulecia, zanim z powierzchni ziemi zginą groźne teraz jeszcze zaraźliwe choroby, takie jak gruźlica, cholera, zimnica, śpiączka afrykańska, trąd, dur brzuszny, dur powrotny, że wymienię tylko ludzkie zarazy, których zwalczaniem Koch się zajmował; ale faktem jest, że na każdą z tych chorób proponował on sposoby dokładnie przestudyowane, mające pierwszorzędne znaczenie w ich zwalczaniu. I nietylko podawał sposoby, — ale i w czyn je wprowadzał. Czynił doświadczenia na wielką skalę nad setkami, a nawet tysiącami ludzi po wyspach, wsiach samotnych i miasteczkach, a doskonałe wyniki tych doświadczeń były dowodem słuszności jego projektów. Wspomnę tylko o zwalczaniu zimnicy, duru powrotnego, cholery, nie mówiąc o zarazach bydlęcych (np. księgosusz). Według Kochowskiego planu przeprowadza się od jakich dziesięciu lat zwalczanie duru brzusznego nad zachodnią granicą Niemiec; od czasu wykrycia lasecznika gruźlicy śmiertelność na tę chorobę w Niemczech stale i prawie co roku spadała z 32 na 10.000 mieszk. rocznie w latach około r. 1880, do 16 na 10.000 mieszk. obecnie. Jeśli to zmniejszanie śmiertelności z gruźlicy pójdzie i nadal w takiem samem tempie, jak dotąd, to za 25 lat będzie gruźlica należeć w Niemczech do bardzo rzadkich chorób.

Gdy się czyta o tych praktycznych eksperymentach Kocha nad zwalczaniem chorób zakaźnych, przeprowadzanych z taką samą sumiennością i ścisłością, jak jego eksperymenty w pracowni i dających świetne wyniki, czuje się wyraźnie, że się tu czyta o wielkich rzeczach i o wspaniałych czynach. Nie ulega wątpliwości, że my jeszcze nie możemy ocenić wielkości Kocha tak, jak na to zasługuje; jesteśmy mu za blizcy i wiele gwiazd drugorzędnych zasłania nam jego postać. Ale z pewnością po kilku pokoleniach będzie on w tym złotym wieku nauk lekarskich, który się począł od drugiej połowy zeszłego stulecia, — jedną z gwiazd pierwszorzędnych, jeśli nie głównem ogniskiem, którego potężne promienie będą świecić przez całe następne stulecia.

Na tem kończę tę recenzyę, która może za długo trwała i miejscami była za gorąca; ale trudno jest pisać o rzeczach wielkich według szablonu. Doc. R. Nitsch.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Czerny i Caan. **O leczeniu nowotworów złośliwych mesotorem i torem x.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 14). Próby leczenia powyższymi przetworami nowotworów nieuleczalnych, dokonane w Domu samarytańskim w Heidelbergu, wypadły wcale dobrze, przyczem okazało się, że przetwory toru nie ustępują wcale co do skuteczności radowi. Leczono w ten sposób 85 raków, 12 mięsaków. 6 naczyniaków i 8 przypadków gruźlicy zewnętrznej i tocznia. Dołączone ilustracye dowodzą, jak czasem wynik kosmetyczny po tem leczeniu bywa znakomity. Bardzo dobrze działa też tor na tocznia i na naczyniaki.

Tor x stosowano śródnowotworowo, śródżylnie lub na oba sposoby, przyczem spostrzegano zaraz odczyn w nowotworze w postaci przemijającego zaczerwienienia, obrzmienia i bolesności nowotworu (nawet po śródżylnem wstrzyknięciu, a więc poza obrębem nowotworu). W następstwie zjawiał się znów dodatni odczyn w postaci kurczenia się i twardnienia nowotworu. Jedynie w jednym przypadku spostrzegano potem pogorszenie się miejscowe i rozsianie sprawy ogólne.

Kazuistyka autorów wykazuje niemal w połowie przypadków, zwłaszcza przy nowotworach nie głębokich, wyniki wcale zachęcające do dalszych prób. K.

Pickenbach **Wyjaławianie skóry nalewką jodową.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 12). Autor bardzo chwali ten sposób szybki, prosty i pewny w porównaniu ze starymi sposobami wyjaławiania (gorącą wodą, alkoholem, sublimatem) skóry i samej rany. Nalewka jodowa bez porównania pewniej działa zapobiegawczo przeciw następowemu zakażeniu ogólnemu z rany. P. przytacza kilka przypadków ciężkich zranień, (rana rozległa na twarzy, rany skórno-mięśniowe, z ukąszenia przez psa, pęknięcie żylaków), które leczył, po oczyszczeniu rany i okolicy wacikiem napojonym benzyną, posmarowaniem rany i otoczenia nalewką jodową i zawsze osiągał wynik doskonały, bez gorączki, towarzyszącej zwykle zanieczyszczonym zranieniem. Zaraz po stosowaniu jodyny występuje silny nader wyciek ropny z rany, także otoczenie rany wygląda nieco zapalnie. Ale brak gorączki, bardzo piękna, rychło występująca ziarnina uspokajają zupełnie. Następnie wystarczają opatrunki z suchej i wyjałowionej gazy. Autor zaleca więc ten sposób nietylko w szpitalach i klinikach, ale także w praktyce prywatnej, szczególnie w przypadkach nagłej pomocy chirurgicznej. Mondschein.

Eicken. **Podśluzowe wycinanie przegrody nosa.** (Med. Klinik 1912. Nr 13). Skrzywienia przegrody nosa są niezmiernie częste, i to tak natury urazowej, jak i wrodzone. Co do czasu operacyi, to niektórzy nie radzą operować nosa zbyt wcześnie, bo wpływać to ma niekorzystnie na dalszą formacyę twarzy. Granicą taką ma być 14. rok życia (White). Najczęstszem wskazaniem do operacyi na przegrodzie jest utrudnienie oddychania, prócz tego stosuje się ten zabieg kosmetycznie, dalej przy dychawicy, ozenie, częstych nieżytach nosa, skłonności do zapaleń gardła, przy ropieniach jam, gdy wydzielina ma zły odpływ i t. p. W Niemczech operuje się głównie w znieczuleniu miejscowem ew. z dodatkiem wstrzyknięcia morfiny w dolną małżowinę nosową. Bardzo często chorzy po wstrzyknięciu płynu znieczulającego pod błonę śluzową dostają bicia serca, o czem pamiętać należy. Zabieg wykonuje się o ile możności u chorego siedzącego. Zwykle cały zabieg trwa do 20 minut. U dzieci trzeba zostawić koniecznie trochę chrząstki na grzbiecie nosa. Chrząstka zwykle po zabiegu się nie odradza, lecz tworzy się tylko twarda tkanka bliznowata. Dość częstem powikłaniem po operacyi jest mieszkowe zapalenie gardła, rzadziej zapalenie ucha środkowego. Wogóle jednak jest to

zabieg bardzo wdzięczny i nie niebezpieczny i lekarze powinni do niego zachęcać chorych. A.

Graff. **Uodpornianie otrzewnej przed laparotomiami z pomocą wstrzykiwań podskórnych kwasu nukleinowego.** (Tow. lek. wied. III. 1912). W klinice chirurgicznej Eiselsberga wypróbowano na 1056 przypadkach polecone w roku 1904 przez Mikulicza uodpornianie otrzewnej zapocą podskórnych wstrzykiwań kwasu nukleinowego. Szczegółowe jednak badania i porównywania z przypadkami kontrolnymi wykazały, że te wstrzykiwania nie mają wybitnie dodatniego wpływu. Tak np. śmiertelność po wycięciach żołądka przy wstrzykiwaniach 15%, bez 9%, przy zapaleniu wyrostka jednaka, przy operacyach na drogach żółciowych przy wstrzykiwaniach 1·7%, bez 1·4%. Rzekomo pomyślny skutek jest tylko pozornym, a odnieść go należy do innych czynników np. lepszej techniki i t. p. K.

Pupovac. **Chirurgiczne leczenie ropnego zapalenia otrzewnej przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 13). Leczenie operacyjne ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej przy zapaleniu wyrostka daje coraz lepsze wyniki. Operować należy o ile możności zawwsze, o ile stan ogólny na to pozwala. Zadaniem operacyi jest usunięcie przyczyny choroby, a więc także wycięcie wyrostka robaczkowego i usunięcie ropy. Cięcie powinno być tak duże, jak tego potrzeba wymaga. Większość chirurgów oświadcza się obecnie za przepłukaniem otrzewnej, lecz ostrożnem, t. j. nie pod ciśnieniem i w pozycyi pół siedzącej. Obecnie sączkuje się ranę zwykle tylko w dole, a resztę jej zaszywa, a to w tym celu, aby przywrócić śródbrzuszne ciśnienie, potrzebne do wydalania wydzielin. Niektórzy zaszywają nawet otrzewnę zupełnie, co jest bezwzględnie przeciwwskazane w razie niedokładnego zatamowania krwawienia, ropnego nacieku lub martwicy otrzewnej, przy ubytkach i powierzchni ziarnkującej w otrzewnej. O ile racyonalnie stosowane wlewania rozczynów soli kuchennej wiele pomagają, o tyle stosowane szablonowo bez potrzeby są dla serca poprostu zawadą, zwiększając jego pracę. Autor nie jest zwolennikiem enterostomii, gdyż twierdzi, że zwykle udaje się inną drogą osiągnąć drożność przewodu pokarmowego.

Zwolnienie tętna po operacyi pozwala bardzo dobrze rokować. Natomiast oddech chorego, mający woń acetonu, dowodzi bardzo ciężkiego zakażenia. Co do badania bakteryologicznego, to ma ono o tyle znaczenie prognostyczne, że zwykle zakażenia czyste dają gorsze rokowanie, niż mieszane. Wyniki operacyjne są obecnie już znacznie lepsze, a Rehn i Rotter mają wyleczeń 64—78%; podobnie i autor (68%). P. jest zdania, że wobec grozy zapalenia otrzewnej powinno się o ile możności zawsze operować zapalenie wyrostka robaczkowego. Za bardzo nieracyonalne uważa P. leczenie narkotykami lub poronne leczenie Sonnenburga olejkiem rącznikowym. Wszelkie obliczanie choroby na godziny i dnie nie ma podstawy, a wszelkie »niezawodne oznaki« zawodzą zbyt często i dlatego ani jedno, ani drugie nie mogą rozstrzygać o wskazaniu do operacyi. K.

Położnictwo i ginekologia.

Rieck. **Pituitryna w praktyce prywatnej.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 15). R. ostrzega przed stosowaniem pituitryny w praktyce prywatnej, gdyż może ona wywołać skurcz tężcowy macicy i stworzyć przez to niepożądane powikłanie. Zjawisko to spostrzegali również inni autorowie. A. Markowa.

Fühner. **Czynniki składowe pituitryny.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 16). Autor poleca stosowanie i badanie kliniczne histaminu (β-imidazotylaethylamin) na zasadzie podobieństwa do pituitryny, przejawiającego się we wpływie na krążenie i oddychanie. Przetwór ten miałby tę wyższość nad pituitryną, że jest ciałem chemicznie czystem, dającem się łatwo wytworzyć i nadającem się do ścisłego dawkowania. A. Markowa.

Kehrer. **Leczenie operacyjne krwotoków poporodowych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 16). Wychodząc z założenia, że macica atoniczna nie da się żadnymi środkami drażniącymi pobudzić do skurczu, proponuje autor w takich przypadkach, gdzie grozi śmierć wskutek utraty krwi, podwiązanie wszystkich naczyń, doprowadzających krew do macicy, na drodze cięcia brzusznego, zapomocą jednej podwiązki z każdej strony. Usunięcie trzonu sposobem Porro uzależnia K. od zakażenia. Po podwiązaniu wprowadzenie śródżylne rozczynu fizyologicznego soli z adrenaliną. A. Markowa.

Hamm. **Czy można wobec poronień, przebiegających z zakażeniem, kierować się wskazaniem bakteryologicznem.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 16). Autor jest przeciwnikiem zachowawczego punktu widzenia Wintera, Waltharda i Traugotha i leczy poronienie czynnie, nie kierując się zgoła obecnością lub brakiem paciorkowca hemolitycznego w wydzielinie, a zachowuje się wyczekująco jedynie wtedy, gdy sprawa zakaźna przekroczy ściany macicy, przechodząc na tkankę łączną okołomaciczną lub na otrzewnę. A. Markowa.

Häberle. **W sprawie leczenia poronień zakażonych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 14). Dla skontrolowania tak silnie obecnie zalecanego leczenia zachowawczego przy poronieniach, przebiegających z zakażeniem, zebrał autor 20-letni materyał kliniczny z Würzburga, gdzie stosowano leczenie czynne. Na 98 zakażonych przypadków wynosiła śmiertelność 5%. Zwolennicy zaś leczenia zachowawczego mają: Winter 5% (na 17 przypadków), Schottmüller 50%. Zważywszy te dane statystyczne, jak również niepewny wynik badań bakteryologicznych, na których opierają się zwolennicy zachowawczego postępowania, wielorakie niebezpieczeństwo. połączone z pozostawieniem w macicy resztek jaja, dłuższy znacznie przebieg poronienia i wreszcie krwawienie, oświadcza się autor za leczeniem czynnem A. Markowa.

Weber. **Rentgenoterapia w ginekologii.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 14). Leczenie zapomocą promieni Roentgena daje pomyślny wynik przedewszystkiem przy krwawieniach w okresie przekwitania: na 49 chorych miał autor 31 zupełnych wyleczeń w przypadkach ciężkich, gdzie naświetlanie było ostatnią próbą przed ewentualnem całkowitem usunięciem macicy. Przy krwawieniach u osób młodych naświetlanie nie dawało czasem żadnych wyników: jajniki u osób młodych są odporniejsze na działanie promieni Roentgena. Dodatnie wyniki osiągał W. przy miesiączkowaniu bolesnem i przy mięśniakach, tu jednak zależnie od usadowienia guza i wieku chorej. Sprawa wyjałowienia (sterilisatio) i przerywania ciąży zapomocą promieni Roentgena wymaga dalszych spostrzeżeń. Autor podkreśla, że objawy wskutek braku czynności jajników występują przy tej metodzie mniej wybitnie, niż po nagłem usunięciu jajników na drodze operacyjnej. A. Markowa.

Kelen. **Leczenie przewlekłego zapalenia mięśnia macicy (metritis chronica) zapomocą promieni Roentgena.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 14). Leczenie trwa od 12 tygodni do pół roku. Na 38 przypadków miał K. wynik dodatni w 27, a objawy podmiotowe ustępowały już po 4 tygodniach. Równocześnie stosował K. także inne metody, usuwające zapalenie przewlekłe i krwawienie. Macice wiotkie bez wybitnego przerostu tkanki łącznej dają wyniki lepsze. Równocześnie występujące zwężenie pochwy uczyniło w 3 przypadkach zbędnym zabieg operacyjny (kolporrhaphia), a ewentualna bezpłodność, która utrzymuje się z górą przez rok, ma również wpływ dodatni, gdyż daje przerwę w pracy mięśnia macicznego. A. Markowa.

Dermatologia i syfilidologia.

Braendle. **O nowej metodzie leczenia zapaleń najądrza i stawów na tle wiewióra.** (Mediz. Klinik 1912,

Nr 11). Autor poleca przy ostrem zapaleniu stawów na tle wiewióra wyrabiany przez firmę Clin w Paryżu na drodze elektrycznej elektrargol lub wyrabiany przez Rosenberga w Charlottenburgu fulmargin. W przeciwieństwie do wyrabianych na drodze chemicznej przetworów srebrowych, nie są te oba przetwory zanieczyszczone żadnemi domieszkami. B. zaleca śródmiąższowe wstrzykiwania 10 cm^3 elektrargolu, które zależnie od ciężkości przypadku powtarza co 2. lub 3. dzień aż nawet do 10 wstrzyknięć. Są one zupełnie bezbolesne. B. jest przeciwny wstrzykiwaniom podskórnym z powodu bolów i zdarzających się przypadków zgorzeli. Wyniki w ostrem zapaleniu miał dobre, osiągał bowiem rychły spadek gorączki, obniżenie bolów w stawie i zmniejszanie się obrzęku. B. przeprowadzał doświadczenia także z innym środkiem, przez Brucka zaleconym, — arthigonem (rozczyn hodowli dwoinek wyjałowionych przy 60°), — wstrzykując śródmiąższowo co 3. dzień, z początku po $^1/_2$ cm^3, potem po 1 cm^3, wreszcie po 2 cm^3 aż do 6 wstrzyknięć najwyżej i zauważył, że im silniejszy odczyn ogólny i miejscowy po wstrzyknięciu, tem widoczniejsza poprawa, ale przy silnem podniesieniu ciepłoty po wstrzyknięciu radzi B. zarzucić arthigon, a rozpocząć wstrzykiwania elektrargolu, jako obniżającego ciepłotę.

Przy przewlekłem zapaleniu stawu środki te zawodziły często, tak, iż B. zaleca obok nich miejscowe leczenie w postaci ciepłych okładów, dopływu gorącego powietrza i założenia opaski na 23 godzin w dobie sposobem Biera, przytem okład z ichtyolgliceryny. Zaleca wczesne ruchy czynne i bierne w stawie, by zapobiedz zesztywnieniu stawu, by w ten sposób zarodków tam przytajonych nie pobudzić do nowego życia, nie wpędzić ich do obiegu krwi i nie wywołać ciężkiego zakażenia ogólnego. Przy tem ciężkiem zakażeniu ogólnem, (zwanem gonaemia lub też gonorrhoismus) radzi B. wcierania szaruchy. Jeżeli staw raz został zajęty, należy stanowczo zaprzestać leczenia samego wiewióra miejscowo, bo w takim razie stale spostrzegać się daje zaostrzenie zapalenia stawu i podniesienie ciepłoty. B. radzi ograniczyć się wtedy do leczenia wewnętrznego. Na przewlekłe zajęcie stawu dobrze działa naświetlanie głęboki promieniami Röntgena. Przy zapaleniu najądrza działają również dobrze wstrzykiwania elektrargolu, ale tylko przy ostrem zapaleniu, nie zaś przy przewlekłem. B. obok wstrzykiwań śródmiąższowych do mięśni kulszowych wstrzykuje do samego najądrza 1 cm^3 elektrargolu, co odbywa się bez bolu; chorzy chwalą sobie bardzo szybkie ustąpienie bolu, które w wielkiej części polega na nakłuciu i zniesieniu napięcia osłonki (tunica vaginalis), ale w jeszcze większym stopniu na działaniu resorbcyjnem samego zastosowanego środka. Mondschein.

Guttfeld. **Odczyn Wassermanna przy salwarsanie krążącym we krwi.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 13). Odczyn Wassermanna jest niezmieniony bezpośrednio przed czy po wstrzyknięciu salwarsanu. Autor radzi krew do próby Wassermanna brać z żyły łokciowej bezpośrednio po wstrzyknięciu salwarsanu, korzystając już raz z nakłucia ściany żylnej, a nie osobno, aby chorego niepotrzebnie nie męczyć. Jeżeli odczyn Wassermanna mimo wielkich ilości salwarsanu (3—5 gr) stale jest dodatni, a nie ma przytem wcale objawów klinicznych kiły utajonej, należy zaprzestać leczenia. Mondschein.

Prof. Goldscheider. **O kiłowych schorzeniach aorty.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 12). Do kiłowych schorzeń aorty zalicza G.: zapalenie kiłowe aorty (aortitis lub mesaortitis luetica), tętniaki aorty i niedomykalność ujścia tętniczego lewego (insufficientia aortae). Objawy podmiotowe pierwszej z tych spraw są następujące: Uczucie ucisku i bolu w okolicy serca, rozpromieniające się ku barkom, wzmagające się przy ruchach, w zimnem powietrzu, na wietrze, czasem i po jedzeniu. W poszczególnych przypadkach bole w plecach lub w prawej stronie klatki piersiowej, dalej także napady bicia serca, napadowe przyspieszenie tętna, z arytmią lub bez. Przedmiotowo stwierdza się nieczysty pierwszy ton nad aortą lub skurczowy szmer z dźwięcznym drugim tonem nad aortą, stłumienie nad mostkiem, czasem objawy ogólnej miażdżycy tętnic. Często jest wzmożenie tętniczego ciśnienia krwi, czasem do znacznej wysokości, nieraz zdarza się nieznaczne rozszerzenie cienia naczyniowego w obrazie Röntgena. Objawy przedmiotowe tętniaka, szczególnie części wstępującej i łuku aorty są, obok wyniku prześwietlenia promieniami Röntgena, następujące: nieznaczne wstrząśnienia ściany klatki piersiowej, dostrzegalne często tylko przy bocznem oglądaniu, przy dokładnem lekkiem opukiwaniu wyraźne stłumienie nad mostkiem. Tętniaka części zstępującej trudno rozpoznać bez badania promieniami Röntgena. Niedomykalność ujścia tętniczego lewego daje jako objaw przedmiotowy szmer; podmiotowe objawy są niewyraźne, podobne czasem do objawów zapalenia ściany aorty. Podłoże kiłowe powyższych schorzeń przypuszczać należy, gdy wynik wywiadów ujemny, — na podstawie niestosunkowo młodego wieku, braku ogólnej miażdżycy tętnic, równoczesnego wystąpienia kiłowych czy metaluetycznych schorzeń układu nerwowego (wiąd, porażenie postępowe), w końcu »ex juvantibus«. Przy dokładnem zwracaniu uwagi na powyższe szczegóły, niejednego zadziwi, jak częste są po kile powyższe schorzenia aorty, na które dotąd bardzo mało zwracano uwagi. Leczenie zasadza się na energicznem równoczesnem stosowaniu jodu i rtęci (wcierania); pod wpływem samego jodu nie widział G. polepszenia, co do salwarsanu nie ma dość doświadczenia w tym kierunku. (Moje spostrzeżenia w tym względzie co do salwarsanu podałem w »Przeglądzie« pracy z 30. XII 1911. Przyp. sprawozdawcy). Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 1. kwietnia 1912.

1) Czł. Napoleon Cybulski przedstawia pracę własną p. t. **Prądy elektryczne w mięśniach czynnych, ich charakter i źródło.**

W pracy niniejszej autor wykazuje, że wszystkie dotychczasowe teorye prądów czynnościowych w mięśniach nie odpowiadają rzeczywistemu stanowi rzeczy, nie ujmują bowiem całości szeregu zjawisk elektrycznych, obserwowanych podczas stanu czynnego i nie podają dla nich zgodnego z zasadami fizyki tłomaczenia. Na podstawie doświadczeń na mięśniach oraz na schematach autor dochodzi do wniosku, że zjawiska elektryczne w mięśniach podczas stanu czynnego pochodzą z tego samego źródła, jak prądy spoczynkowe, t. j. są następstwem tworzenia się w poszczególnych odcinkach mięśnia stosów płynnych o układzie niesymetrycznym względem otoczenia. Ponieważ podczas każdej czynności mięśnia zachodzi nasamprzód sprawa dysymilacyi żywych cząsteczek a następnie asymilacyi, więc odpowiednio do tego w każdym punkcie mięśnia powstają dwa prądy, dwa okresy, czy dwie fazy; w pierwszej prąd ma kierunek taki sam, w jakim stan czynny po włóknie się rozchodzi, w drugiej kierunek przeciwny. Prąd w pierwszej fazie powstaje prawie nagle po pewnym okresie utajonym od chwili podniecenia (około $\frac{1''}{1000}$), szybko dochodzi do pewnego maximum (około $\frac{4''}{1000}$) i znika, ustępując miejsca prądowi odwrotnemu fazy drugiej, który rozwija się powolniej i trwa znacznie dłużej (przeciętnie około $\frac{4''}{10}$). W porównaniu do skurczu mechanicznego pierwsza faza przebiega prawie całkowicie w okresie utajonego podnie-

cenia skurczu mechanicznego, druga kończy się z końcem skurczu mechanicznego, albo nieco później.

2) Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia pracę p. M. Lipcówney p. t. **Zmiany w wymiarach głowy warszawskich żydówek.**

(Przedmiot 6 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

Protokół XVI posiedzenia Wydziału lekarskiego w dniu 11 (24) listopada 1911.

Obecnych osób: — członków 22, — gości 4. Przewodniczący prezes Prof. O. Czeczott.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr B. Wilamowski: **Kilka słów o chorobie Bantiego** (z pokazem operowanej chorej i preparatów drobnowidowych).

Prof. Guido Banti w r. 1894 opisał kilka spostrzeganych przez siebie przypadków niedokrwistości śledzionowej, które przebiegały z objawami marskości wątroby i puchliną brzuszną; te przypadki odznaczały się nadto ogromną śledzioną. W zmianach śledziony właśnie upatrywał Banti najgłówniejszy objaw, charakteryzujący całą postać chorobową. Tej to postaci nadał Banti nazwę »anaemia splenomegalica con cirrhosi epatica«, Cavarzani zaś dał jej imię Bantiego. Pierwotne zajęcie śledziony jest według Bantiego charakterystyczne dla choroby, a przypuszczalny zarazek ma izolowaną siedzibę właśnie w śledzionie, w niej też występuje rozrost tkanki łącznej i zanik ciałek Malpighiego, czyli obraz fibroadenii, jak nazwał Banti. Alkoholizm, przymiot, lub zimnica nie odgrywają żadnej roli w tej postaci chorobowej (Banti). W obec takiego poglądu na istotę rzeczy radzi Banti śledzionę usuwać drogą operacyi. Skutkiem pierwotnego zajęcia śledziony rozwija się niedokrwistość, i ten pierwszy okres trwa od 3—11 lat (anaemia splenomegalica). Dalej następuje okres przejściowy (kilka miesięcy), cechujący się obniżeniem wydzielania moczu, pojawieniem się w moczu urobiliny, wielkiej ilości moczanów i czasami śladami barwików żółciowych. Ostatni, trzeci okres charakteryzuje się marskością wątroby i puchliną brzuszną (anaemia splenomegalica cum cirrhosi hepatis), trwa nie więcej, niż rok. Przejściowego okresu zresztą może wcale nie być. Według Bantiego choroba jego imienia może być rozpoznana w okresie ostatnim. Wielu jednak autorów uznawało za możebne rozpoznać chorobę Bantiego we wcześniejszym okresie (Lang, Kozłowski i inni). Senator rozszerza ramy postaci chorobowej, opisanej przez Bantiego, i zalicza do niej przypadki niedokrwistości śledzionowej z mało wyraźną marskością wątroby, ale z puchliną brzuszną (która nie jest jednak objawem puchliny ogólnej), a również takie przypadki marskości wątroby, które wyróżniają się czemkolwiek od typowego obrazu, czyto ogromną śledzioną lub silną niedokrwistością, czyto skłonnością, niezrozumiałą w danym razie, do krwotoków z nosa, żołądka, jelit i t. d. Nadto Senator uważa za stały i ważny objaw leukopenię. Gruzdiew sądzi, że schemat Senatora jest zanadto szeroki, przez co do choroby Bantiego mogą być zaliczone i opilcza marskość wątroby i zimnicze powiększenie śledziony i jakkolwiek uważa schemat Bantiego za ciasny, jednak zaleca trzymać się ściślej tego schematu.

Przeciwnicy Bantiego, Albu i Bleichröder, pierwotne cierpienie upatrują w wątrobie, nie zaś w śledzionie. Chiari i Marchand na mocy danych histologicznych przyjmują kiłowy charakter choroby. Gilbert i Lereboullet wcale nie uznają nowej postaci chorobowej. Z drugiej zaś strony znane dobrze zakażenie, np. zimnica, może dać zbiór objawów »anaemiae splenomegalicae cum cirrhosi hepatis« (Borowskij).

Według Strukowa typ choroby Bantiego, czyli Banti-Griesingera charakteryzuje się splenomegalią i fibroadenią, zaś typ Gaucheta odznacza się zajęciem całego narządu limfokrwiotwórczego, zabarwieniem skóry i objawami hemolizy w śledzionie (barwik krwi). Ale oba typy nie zawsze dają się ściśle odgraniczyć jeden od drugiego. Dalej pokrewnemi typowi Bantiego postaciami chorobowemi są: niedokrwistość śledzionowa dziecięca (anaemia splenica infantum), białaczka i białaczka rzekoma, niedokrwistość złośliwa, żółtaczka hemolityczna acholuryczna (Worobjew).

Należy zaznaczyć, że Pianese (1905) we Włoszech w niektórych przypadkach niedokrwistości śledzionowej dziecięcej znajdywał pasorzyta typu Kala-azar, podobnego do Leishmania Donovani. Również Prof. Nikiforow (1910) przedstawił patologiczno-anatomiczny obraz niedokrwistości śledzionowej dziecięcej na gruncie trypanosomiazy (typu Kalaazar). Pasorzyty, znajdujące się przeważnie w szpiku kostnym, były podobne do pasorzytów »Pendijskiej jazwy« (chora 6-letnia dziewczynka z Taszkentu). Prelegent jest tego zdania, że w większości przypadków niedokrwistości śledzionowej dziecięcej zaburzenia w przewodzie pokarmowym są przyczyną choroby, w innych zaś razach etyologia pozostaje nieznaną.

Przedstawiona przez prelegenta chora, już 18 miesięcy temu poddała się operacyi wycięcia śledziony z powodu objawów choroby Bantiego. Jest to 55-letnia zamężna kobieta, nie obarczona żadną dziedzicznością. Przebyła 6 porodów, w tej liczbie 1 poronienie. Ostatnia ciąża 13 lat temu. Miesiączkowanie zaczęła w 19 roku życia, skończyła w 52. Żadnych chorób nie przebywała. Mąż pijak, bił ją niemiłosiernie, czem i gdzie się trafiło. Po tych obiciach często miewała krwawienia z nosa i uszu. Początek swojej choroby liczy 11 lat temu i stawia w związku właśnie z biciem. Opowiada, iż po jednem takiem obiciu zemdlała i miała wtedy, jak jej później opowiadano, ogromnie wzdęty brzuch, który opadł, gdy przyszła do przytomności. Po tym wypadku straciła zdolność do pracy, cierpiała na bóle w plecach i piersiach. Schudła. Wyjechała na wieś, gdzie mieszkała przez $3^1/_2$ lata. W tym okresie czasu brzękły jej nogi i raz miała obfity krwotok ze sromu. Wtedy też, a więc temu lat 7, spostrzegła guz w podżebrzu lewem. Po powrocie do męża znowu była bitą. Po jednym takim wypadku zjawiła się krwawa biegunka i wymioty. 3 tygodnie była w szpitalu, gdzie zwrócono uwagę na guz w lewem podżebrzu. Ostatniemi czasy cierpi chora na duszność, bicie serca i krwotoki z nosa. 28 grudnia 1909 zjawiły się silne bóle w brzuchu i wzdęcie, co trwało 2 tygodnie (w szpitalu). 14 stycznia 1910 r. została chora przewieziona do kliniki.

Chora ma wejrzenie bardzo wycieńczonej, blada, ciałek czerw. 2,700.000, Hb. $50^0/_0$. Na plecach i wzdłuż kręgosłupa zabarwienie skóry. Gruczoły chłonne wymacalne na szyi, pod pachami, pachwinowe i lewe łokciowe — wszystkie drobne. Śledziona ogromna, przedni brzeg jej dochodzi do pępka, dolny do górnego przedniego kolca biodrowego, górny do 7 żebra. Szmery tarcia otrzewnej na śledzionie. Wątroba wymacalna. Granica serca trochę rozszerzona na lewo. Skurczowy szmer w koniuszku serca. Pierwszy tydzień była krwawa biegunka (do 6 razy na dobę) z bólami w brzuchu, ciepłota dochodziła do $39{\cdot}5^0$. W tym czasie ciałek białych we krwi było 8141, w dalszym zaś ciągu między 5904—3565. Poikilocytoza, anizocytoza, polichromatofilia, ciałka Bizzozera i niewiele erytroblastów. Wielojądrzastych $60^0/_0$, limfocytów $36^0/_0$, eozynochłonnych $4^0/_0$. Próba Pirqueta i odczyn Wassermanna dały wyniki ujemne. Stosowano wstrzykiwania kakodylanu sodu i krew odwłókniona. W ciągu $9^1/_2$ tygodni pobytu w klinice przybyło chorej 7·2 kg, skład zaś krwi został ten sam. 22 marca 1910 wyłuszczono śledzionę. Śledziona 2241·5 gr., wymiary: 28, 17 i 8·5 cm. W tydzień po operacyi spostrzeżono we krwi ogromną ilość erytroblastów (wskutek bujania szpiku kostnego). Po operacyi stan cho-

rej zaczął się szybko poprawiać i tylko od czasu do czasu skarżyła się na bóle w rozmaitych częściach ciała, a szczególnie w kościach kończyn dolnych, mianowicie w goleniach (irritatio e hyperplasia medullae osseae). Liczba krwinek białych zaczęła po pewnym czasie wzrastać i kilka badań następnych stwierdziło niezaprzeczoną hyperleukocytozę od 50000 do 80000 z górą. Ostatnie badanie 18 miesięcy po operacyi wykazało krwinek białych 81440, czerwonych zaś 3100000, Hb. 78%. W śledzionie znaleziono rozrost tkanki łącznej (zgrubienie torebki i beleczek), zanik ciałek Malpighiego. Siateczka podstawna miazgi zgrubiała. Miejscami wybroczyny krwi, miejscami ziarnka żółtego barwika. Zapalenia żyły śledzionowej (endophlebitis) nie znaleziono.

Ten przypadek i opisany przez prelegenta w r. 1907 w »Przegl. lek.« — obydwa mają jako czynnik etyologiczny uraz (w pierwszym przypadku upadek z wozu, uderzenie lewego boku i utrata przytomności, w drugim — bicie ciągłe, i raz — po uderzeniach w brzuch — nieprzytomność). W piśmiennictwie ogłoszono 6 przypadków (5 przytoczonych u Strukowa i Momma), gdzie w rozwoju choroby uraz odegrał rolę. Mallory na drodze doświadczalnej dowiódł, iż uraz śledziony może uczynić z niej ognisko toksyn; ściskając i masując śledzionę u świnek morskich wywołał on w wątrobie ogniska martwicze wskutek zatorów wyciśniętymi ze śledziony fagocytami.

Co się tyczy leczenia, to najdoszczętniejszem jest operacya; według najnowszej statystyki Johnstona i Torrencea wycięcie śledziony daje tylko 18% śmiertelności. Śmierć następuje wskutek wstrząsu lub utraty krwi, albo ogólnego zapalenia otrzewnej. Dołączenie do wycięcia śledziony operacyi Talmy jest zbyteczne. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Uliński zapytuje prelegenta, czy była u chorej żółtaczka i czy w danym przypadku były znalezione zarazki, o których mówca wspominał. — Prelegent: Zarazków szukano, lecz nie znaleziono. Polepszenie stanu nastąpiło wobec usunięcia ogniska zatruwającego ustrój; toż samo bywa przy zimnicy, dopóki śledziona działa obronnie; stan ogólny chorego jest zadowalniający, w przeciwnym razie następuje zatrucie. — Dr Ostrowski zapytuje, czy są jakie dane co do krzywicy i czy chora długo leżała w klinice. — Prelegent: 3 miesiące do operacyi. — Dr Ostrowski zapytuje, czy wykonano badania krwi i jak często, ponieważ mówcę zajmuje leukopenia. Co do zarazka, o którym wspomina prelegent, to o nim wspominają przeważnie anatomowie włoscy. — Prelegent jest tego zdania, że przedstawiony obraz drobnowidowy krwi cechuje białaczkę. — Prof. Ziemacki: Co do rokowania w danym razie, to mówca przypuszcza, że stan będzie się pogarszać, bo z czasem szpik kostny przestanie być krwiotwórczym i wtedy rokowanie staje się złe. — Prelegent daje objaśnienia co do przedstawionych preparatów drobnowidowych.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za pouczający odczyt.

II. Dr Zygmunt Biron: **Przyczynek do leczenia marskości zanikowej wątroby.** Prelegent przytoczył 5 przypadków, w których stosował winian potasowy, środek oddawna znany. Z tych 5 przypadków tylko w jednym otrzymał wyniki dodatnie, zaś w innych do pewnego stopnia było polepszenie, lecz chorzy szybko usuwali się z pod obserwacyi. Prelegent zaznacza, iż winian potasowy odznacza się głównie działaniem moczopędnem, wobec czego znikała puchlina brzucha.

Dyskusya: Dr Zofia Sadowska zaznacza, iż przy zmianach na tle zwyrodnienia nerek lub na tle zmian w sercu środek ten, jak również wszystkie inne, nie da wyników dodatnich. — Prelegent jest zdania, że przeciwwskazań nie ma, lecz z góry zawyrokować, czy winian potasowy da odpowiednie skutki, trudno. Badania prelegenta tyczą się przypadków, w których działały przyczyny mechaniczne, pomimo to mówca przypuszcza, że i przy zapaleniu nerek również można otrzymać dobre wyniki. — Prelegent twierdzi, że i w takich razach spostrzegał działanie moczopędne, ilość zaś białka nie zwiększała się; w takich razach podawał około 8 gr. winianu potasowego na dzień; Sassaki podaje do 20 gr. dziennie — Prof. Ziemacki: Winianu potasu używano jeszcze w 17. wieku. Trzeba być wogóle ostrożnym przy podawaniu tego środka chorym ze względu na serce, wobec czego środka tego »à la longue« używać nie można, należy go stosować okresowo. — Dr Sadowska zapytuje, jak długo można podawać ten środek. — Prelegent: Od 3—4 tygodni bez działania ubocznego. — Prof. Zaleski sądzi, że dawka około 8 gr. dziennie jest dawką wielką. — Prelegent zaznacza, że miał przypadki ciężkie, a jednak ubocznego działania na serce nie zauważył. — Dr Wilamowski zapytuje, czy wykonano badania krwi. — Prelegent odpowiada twierdząco; u jednego chorego był stan białaczkowy.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Podano do wiadomości, że Prof. Napoleon Cybulski przysłał »Związkowi« swą pracę p. t.: »Prądy elektryczne w mięśniach nieuszkodzonych i uszkodzonych oraz ich źródło«. 2) Prezes Prof. Czeczott podaje do wiadomości, iż redakcya tygodnika »Nowoje w medicinie« zwróciła się do »Związku« z prośbą o przysyłanie zawiadomień o posiedzeniach »Związku«. Uchwalono zawiadomienia te posyłać. 3) Dr Sadowska podaje do wiadomości, że za jej pośrednictwem można nabywać dzieła Dra Alfreda Sokołowskiego za pół ceny. 4) Towarzystwo »Ochranienja Narodnago Zdrawja« zwróciło się do »Związku« z prośbą o wydelegowanie przedstawiciela »Związku« na posiedzenia w sprawie pomocy ludności dotkniętej głodem. Proszono Prof. Zaleskiego, by był przedstawicielem »Związku«. 5) Podano do wiadomości, iż Zarząd Towarzystwa ruskich lekarzy im. Pirogowa zwrócił się do »Związku« z prośbą o udział w sprawie budowy domu im. Pirogowa. Przyjęto do wiadomości.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Korespondencya.

Rzym 16. IV. 1912.

W tym roku dużo czasu zabiorą różne Zjazdy gruźlicze, które obecnieześrodkowały się w Rzymie. Nie można jednak powiedzieć, ażeby to, co się w Rzymie na Zjeździe posłyszy i wypowie, było najciekawsze lub największej pouczające. Za dużo odczytów, za mało czasu ma każdy, za wiele drobnych komunikatów, i gdyby nie referaty, które bardzo dobrze podzielono i którym czas przedpołudniowy się poświęca, Zjazd nie byłby interesujący i mało byłby korzystny. Do tej sprawy wrócimy osobno; chciałbym przedewszystkiem podać przebieg części najbardziej zajmującej, jaką bywa podróż informacyjna przed Zjazdem i Konferencyą, odbyta po Szwajcaryi. Szkoda, że nie zorganizowaliśmy do tej podróży własnego kółka Polaków, korzyść bowiem byłaby niezaprzeczoną.

Podróż cała była znakomicie zorganizowana, co zawdzięczać należy przedewszystkiem Dr. Schmidtowi, dyrektorowi Związkowego centralnego Urzędu sanitarnego. Zebrało się 36 uczestników z całej Europy.

Spotkanie nastąpiło w Zurychu i tam obejrzeliśmy przedewszystkiem bardzo celowo urządzone sanatoryum popularne i przychodnię (dispensaire). Prócz tego obejrzeliśmy szkołę. Gruźlica nie wiele może mieć tu do czynienia wobec doskonałego urządzenia szkół: 35 uczniów najwyżej w klasie, dostarczanie posiłku wszystkim dzieciom, nie mającym opieki w domu. Odbywa się to w różnych miastach w całej Szwajcaryi (szczególnie części niemieckiej). Dzieci dostają posiłek 3 razy dziennie.

Po zwiedzeniu Zurychu wyjechaliśmy do Davos. Pogoda nie dopisywała nam z początku, śnieg i zimno szczególnie dały się we znaki. Davos zupełnie w śniegu i na ulicach gruba warstwa lodu. Jest to całe miasto, w którem za dużo ruchu wielkomiej-

skiego i różnych ubocznych wielkomiejskich wpływów, pod działaniem próżniactwa mocno się uwydatniających.

Rodak z Poznańskiego p. Rzewuski pokazuje wieczorem cały szereg prześlicznych autochromów z okolic Davos. Obrazy w naturalnych barwach przy dobrem oświetleniu przepysznie ukazują bogactwo barw alpejskiego krajobrazu.

Oglądanie sanatoryów zabiera w Davos 2 dni. Przewodniczy Dr Semadeni. Sanatoryum w Schatzalp Dra L. Spenglera, brata Karola, znanego badacza, okazuje się w całym swoim komforcie przy cenach około 12—20 fr. z utrzymaniem i leczeniem. Prócz tego kilka innych, niemniej dobrze urządzonych, częściowo tańszych: sanatoryum Turbana, Jessena i in. Prof. Jessen pokazuje ciekawe wyniki leczenia zapomocą sztucznej odmy piersiowej. Dalej oglądamy wzorową mleczarnię, doskonale prowadzoną i kontrolowaną zapomocą najnowszych metod.

W laboratoryum Karola Spenglera,—który sam nie prowadzi sanatoryum, — p. Fuchs, córka znanego okulisty Prof. Wolfringa z Warszawy, okazuje ciekawe sposoby precypitacyi u zdrowych i chorych (precypitacya całej krwi z różnemi tuberkulinami). Sposób bardzo ciekawy i mogący dać poważne wyniki przy dalszem opracowaniu. P. Fuchs obiecuje pokazać swe prace w Krakowie.

Oglądamy również doskonale prowadzone sanatorya ludowe niemieckie i angielskie. Cena dzienna 3—5 fr. od osoby.

W Bernie widzimy bardzo ładne urządzenia zdrowotne, które swe powstanie zawdzięczają niestrudzonemu Dr. Schmidtowi. Kantony posiadają obecnie dzięki temu dużo sanatoryów popularnych ze znaczną liczbą łóżek.

Przytaczamy cyfry:

Berno sanatoryum na	140 łóżek,	powstało w r. 1894
Zurych	130	1899
Waadt	120	1895
Bazylea	110	1895
S. Gallen	80	1910
Solothurn	80	1910
Genewa	60	1903
Glarus	50	1897
Neuenburg	40	1900

Prof. Kolle okazuje nam swój instytut higieny i chorób zakaźnych. Oglądamy szkołę dla dziewcząt w Montbijon z dobrze prowadzoną nauką gospodarstwa domowego, oraz dyspensatoryum, prowadzone przez Towarzystwo przeciwgruźlicze.

Popołudniu w d. 6 kwietnia przepędzamy 2 godziny w drodze do Lozanny w cudownie położonym Grand hotelu w Montreux. Widok Alp i jeziora przy zachodzącem słońcu niezapomniany. Przez Territet jedziemy do Leysin, 1500 metr. nad poziomem morza. I znów jedziemy w śniegach, ale ciepłe słońce wiosenne parzy prawie i nie pozwala odczuwać zimna.

Leysin, to wspaniała stacya zimowa dla leczenia słońcem. Wyniki działania tego leczenia na gruźlicę miejscową mogliśmy podziwiać w klinice Dra Rolliera, młodego, ale bardzo już znanego na tem polu badacza. Jest to nowe pole do badań teoretycznych i praktycznych. Wyniki metody są istotnie ciekawe i co do sposobu stosowania i co do istoty działania. Ludzie z kilkunastoma przetokami na całem ciele, przy ciężkich objawach choroby Potta, po kilku, kilkunastu miesiącach (leczenie po parę godzin w słońcu, działanie na gołe ciało bez okrycia, nawet w zimie) — przychodzą do pełni zdrowia. Spotkałem tu syna kol. Hammerschlaga, który skazany na odjęcie kończyny, tutaj odzyskał zdrowie i ruchy stopy prawie w zupełności. Wogóle należałoby pomyśleć, czy i u nas nie da się w ten sposób wyzyskać tatrzańskiego słońca.

Zwiedziliśmy jeszcze jedno, świeżo rozwijające się, wysoko położone sanatoryum w Siders — a raczej szereg sanataryów tam położonych o bardzo obiecującej przyszłości.

Jest to ruch, który należałoby poprzeć u nas. Tatry i Karpaty niewątpliwie przedstawiają doskonały teren, gdzie znajdziemy wszystko, czego do takiego leczenia potrzeba. Przecież nie brak nam ludzi, ani położenia. Tylko przedsiębiorczości więcej i wytrwałej pracy!

Do Rzymu, po pożegnaniu gościnnych gospodarzy szwajcarskich, przybyliśmy 10 kwietnia na rozpoczynającą się coroczną Konferencyę przeciwgruźliczą. Tutaj znowu szereg odczytów z różnych tematów, jako podstawa do blizkiego Zjazdu i sam Zjazd rozpoczęty w dniu 14 kwietnia uroczystem otwarciem wobec obojga Królestwa. Tutaj już czytamy w liście członków kilka nazwisk polskich, m. i. Prof. Kostaneckiego i inspektora sanitar. Dra Kuhna. Ministerstwo oświaty i spraw wewnętrznych powierzyły przedstawicielstwo Prof. Weichselbaumowi i Bujwidowi.

Zjazd podzielił się na 4 sekcye: społeczną, wewnętrzną, chirurgiczną i teoretyczną. Z Polaków w szeregu referatów zapowiedzianych nie widzimy nikogo prócz niżej podpisanego. (Referat, wydrukowany w streszczeniu, o czynnikach społecznych współdziałających przy wytwarzaniu się gruźlicy).

Wogóle Zjazd dość ruchliwy i nieźle zorganizowany, niema tylko zorganizowanego zwiedzania urządzeń zdrowotnych.

Z tematów poruszonych godne uwagi są: sprawa gruźlicy ludzkiej i bydlęcej, przedstawiona przez Kossela, Calmetta, komisyę angielską i in., oraz sprawa leczenia gruźlicy zapomocą tuberkuliny i leczenia zapomocą słońca. Sprawy te wymagają osobnego omówienia. Bujwid.

Hołd dla Profesora Baranowskiego.

Towarzystwo naukowe warszawskie postanowiło Profesorowi Baranowskiemu, jako głównemu swemu założycielowi, który w początkach istnienia Towarzystwa nawet swe prywatne mieszkanie odstąpił mu na pomieszczenie i hojnie je z własnych funduszów popierał, — wyrazić wdzięczność i hołd przy sposobności nadchodzącej pięćdziesiątej rocznicy rozpoczęcia dydaktycznej Jego pracy. Równocześnie powstała samodzielnie w Krakowie, w Poznaniu i we Lwowie myśl uczczenia tej rocznicy; gdy o tych zamiarach wzajemnie się dowiedziano, postanowiono ten hołd powszechny złożyć Profesorowi Baranowskiemu ile możności równocześnie.

Towarzystwo naukowe warszawskie wyznaczyło na swe domowe niejako święto dzień 21 kwietnia b. r. W tym dniu w gmachu Towarzystwa zebrali się członkowie Towarzystwa; przybyli także jako przedstawiciele Uniwersytetu Jagiellońskiego Prof. Dr Ciechanowski i Prof. Dr Kutrzeba.

Protektor Towarzystwa, Józef hr. Potocki, przemówił do do Dostojnego Jubilata w podniosłych słowach i wręczył mu medal wybity na Jego cześć przez Towarzystwo naukowe warszawskie. Następnie odczytano adres, wystosowany do Jubilata przez Akademię umiejętności w Krakowie w następującem brzmieniu:

»Czcigodny Panie! Warszawa obchodzi Twój pięćdziesięcioletni jubileusz. Jubileusz pracy wszechstronnej, przedmiotowej, tak wydatnej w znakomite dla kraju naszego i społeczeństwa rezultaty. Trudno je wyliczać, z obawy, żeby wielu nie pominąć, innych, żeby nie docenić.

Hasłem Twego życia była troska o każdy objaw dodatni, który trzeba było pielęgnować, o każdą myśl, która dla rozwoju intelektualnego lub ekonomicznego polskiej ojczyzny rzetelną miała wartość. Nie zamykałeś się w ciasnem kółku pojęć i granic lokalnych. Gdziekolwiek trochę dłużej przebywałeś, tworzyłeś punkt środkowy dla wyczerpującej i życzliwej wymiany poglądów, dla budowania planów na długą metę obliczonej poważnej działalności. I dzisiaj jeszcze po długim okresie ciężkiej i bezinteresownej pracy nie przestajesz dążyć po tej drodze.

Krakowska Akademia Umiejętności przesyła Ci Dostojny Panie wyrazy najgorętszego uznania i życzenie, ażebyś wierny swemu posłannictwu jak najdłużej przewodniczył młodszym i był stróżem tej tradycyi, która, dzięki w znacznej części i Tobie, w społeczeństwie naszem dotąd nie wymarła i powinna bez przerwy w niezmienionej treści następnym pokoleniom przyświecać«.

Adres ten podpisali imieniem Akademii prezes JE. St. Tarnowski i sekretarz generalny B. Ulanowski.

Uniwersytet Jagielloński, którego Profesor Baranowski jest honorowym doktorem od lat dwunastu, nadesłał adres, kunsztownie przez Drukarnię Uniwersytecką krakowską wykonany na pergaminie, a podpisany przez Rektora, Senat i wszystkich profesorów i docentów wszystkich czterech Wydziałów Wszechnicy krakowskiej. Piękny tekst tego adresu (wydrukowany w Nrze 16 »Przeglądu lekarskiego«) odczytał delegat Uniwersytetu, prof. Ciechanowski.

Z kolei odczytał sekretarz stały Towarzystwa naukowego, p. Fr. Pułaski, następujące adresy:

Od Uniwersytetu lwowskiego:

»Czcigodny Panie! Obowiązkiem i radością społeczeństwa jest oddawanie czci mężom wybitnym i zasłużonym dla Narodu —

obowiązkiem, gdyż należy im się wdzięczność za przewodnictwo w dążeniach społeczności do rozwoju i postępu, radością zaś i dumą, gdyż stanowią oni wykładnik kultury i ducha Narodu, najpiękniejszy przejaw jego rzetelnej wartości.

W przeszło półwiekowej Swej działalności złożyłeś Czcigodny Panie wszystkie skarby Swego wielkiego umysłu i serca na ołtarzu wspólnego naszego dobra, a w ciężkich chwilach naszego narodowego życia byłeś jednym z tych filarów, na których opierał się duch Narodu, dążąc od podstaw do swego odrodzenia.

Jako lekarz, pełen gorącego umiłowania Swego zawodu, niosłeś pomoc i ulgę tysiącom chorych i cierpiących, oddając im nietylką Swą ogromną wiedzę i doświadczenie, lecz również całą tkliwość i dobroć serca, tak niezbędne w spełnianiu posłannictwa prawdziwego lekarza.

Jako profesor i kierownik młodzieży lekarskiej wychowałeś szereg dzielnych i owianych Twym duchem adeptów medycyny. W okresie najgwałtowniejszych przewrotów w naukach lekarskich i przyrodniczych umiałeś pomimo najniekorzystniejszych warunków pracy przeszczepić bujną wiedzę zachodu na nasz wyjałowiony grunt, wybierając z powodzi teoryi i hipotez naukowych z niezwykłą przenikliwością umysłu istotne prawdy i zdobycze, stworzyłeś też prawdziwą własną szkołę lekarską, która z żywem odczuwaniem wszelkich najnowszych prądów w nauce łączyła zebrane pracą poprzednich pokoleń prawdy i doświadczenia. Żywem słowem w wykładach Swych w Szkole głównej i w Uniwersytecie warszawskim, na posiedzeniach zjazdów i towarzystw lekarskich, drukiem zaś w cennych Swych pracach naukowych, dzieliłeś się z ogółem swą wiedzą, budowałeś od fundamentów gmach polskiej nauki lekarskiej.

Party przemożnym rozkazem Swego wielkiego umysłu i serca wyszedłeś jednak daleko poza zakres ściślejszej Swej pracy zawodowej i w szerokiem działaniu na niwie społecznej położyłeś niespożyte zasługi, rozumiejąc dobrze i wszędzie głosząc tę prawdę, że w obecnych stosunkach naszego narodowego bytu na tej drodze możemy najlepiej utrzymać naszą żywotność i przygotować podstawy do lepszej przyszłości. Nie było też żadnej pięknej i rozumnej akcyi, w którejbyś Ty nie brał udziału, wnosząc Swój rozum, pracę i zapał, a nie szczędząc też materyalnego poparcia dla celów publicznych, wiele zaś najpiękniejszych zrzeszeń i instytucyi Tobie jedynie zawdzięcza swe powstanie i istnienie. Przyczyniłeś się też niezmiernie na tej drodze do podniesienia nauki polskiej i pielęgnowania mowy ojczystej, do ulżenia licznym nędzom i chorobom społecznym, wogóle zaś do pogłębienia w społeczeństwie wiary we własne siły i do poznania wartości wspólnej zbiorowej pracy dla kultury i powszechnego dobra.

Więc za to wszystko należy Ci się Czcigodny Panie hołd i cześć od całego społeczeństwa.

Uniwersytet zaś Lwowski, jako jedna z tych instytucyi, których zadaniem jest śledzić i pielęgnować kulturę narodową, stanąć musi przedewszystkiem w szeregu tych, którzy dziś cześć Ci składają, rozumie on bowiem i najlepiej może ocenić znaczenie Twej działalności dla naszego życia kulturalnego. W uznaniu zaś tych wszystkich zasług naukowych i obywatelskich obdarza Cię, Czcigodny Panie, Uniwersytet Lwowski najwyższym zaszczytem, jakim rozporządza, mianując Cię przy sposobności uroczystego obchodu swego ćwierćtysięcznego istnienia swym doktorem honorowym. Nominacya ta, zatwierdzona Najwyższem postanowieniem Cesarza Franciszka Józefa I. z 28 lutego 1912, ogłoszona zostanie urzędownie w dniu jubileuszu Uniwersytetu Lwowskiego«.

Adres od Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, podpisany przez prezesa biskupa Likowskiego, wiceprezesa Dr H. Święcickiego, redaktora Prof. Dr St. Karwowskiego i i.:

»Czcigodny Jubilacie! Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu, które chlubi się, że Cię do swego zalicza grona, z hołdem do Ciebie przychodzi.

Od pół wieku z czcią i podziwem patrzymy na Twoją działalność naukową i społeczną. Z bogatego w owoce życia Twego bije moc wielka i miłość wielka. Wychowałeś liczne zastępy lekarzy, wtajemniczałeś ich w skarby wiedzy, uczyłeś ich kochać sumienność, surowość dla siebie, pobłażliwość dla innych. Potrzeby kraju sercem i głową odczuwasz, wrzeźbiarz je w umysły drugich, w cichości dłonią hojną je zasilasz. Bezustannie kładziesz kamienie węgielne pod gmach przyszłości. Wierzysz i przekonywasz, że niema wysiłków bezskutecznych. Sięgasz do najskrytszych tajników duszy zbiorowej, aby wydobywać z niej nowe światła i nowe siły. Nie tracisz z oka wyższych celów. Energię społeczną zużywać każesz na pracę kulturalną. Rozpalasz pochodnię oświaty w kraju. Ofiarną pracą i poświęceniem wzorem jesteś dla wszystkich.

Dawniej o lekarzach zasłużonych mawiano, że mają coś z Wileńskich czasów. Dzisiaj o tych, którzy Twoim pójdą śladem, mówić będziemy, że mają coś z Lubliniaka, bo piękna ziemia Lubelska szczyci się, że z niej wywodzisz pochodzenie swoje.

W uczuciu czci głębokiej dla Ciebie łączymy się z najszerszemi kołami polskiego świata naukowego.

Adres od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, podpisany przez prezesa Dr Janiszewskiego i sekretarza stałego, Dr Damskiego:

»Czcigodny Panie! Kiedy przed laty pięćdziesięciu zabłysła na horyzoncie nauki polskiej świetna gwiazda Szkoły głównej warszawskiej, rozpocząłeś i Ty działalność swoją nauczycielską w dziale umiejętności lekarskich. Odtąd przez pół wieku rozdawałeś skarby swej wiedzy i doświadczenia z hojnością królewską, uczyłeś i przodowałeś wszędzie, ciągle, niezmordowanie.

W cały szereg pokoleń lekarskich tchnąłeś jasny płomień zapału i powiodłeś je do zwycięskiej walki ze spiętrzonemi przed polską twórczością naukową przeszkodami.

A jako obywatel, gdzie szło o rzecz, mającą dla przyszłości narodu wydać owoce, gdzie trzeba było mądrej rady, pomocnej, a ofiarnej ręki, gdzie był do spełnienia doniosły czyn, tam Ty byłeś zawsze. Każdej sprawie dobrej przynosiłeś w ofierze swe gorące uczucie, wysoki hart ducha, wytrwałą wolę, umiejętność czynu, stopione w jeden szlachetny kruszec miłością Ojczyzny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie, szczycące się tem, że raczysz należeć do jego grona, jako członek honorowy, chyli się w hołdzie czci przed Twoją wielką duszą i wielką zasługą«.

Adres od Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, podpisany przez prezesa Dr Skałkowskiego i sekretarza stałego Dr Hornowskiego:

»Czcigodny Panie Profesorze! Towarzystwo lekarskie lwowskie, przyłączając się do wyrazów czci i uznania, które w dniu Jego jubileuszu składa Mu cały świat lekarski polski, przesyła swemu honorowemu członkowi wyrazy głębokiego szacunku i serdeczne życzenia: ad multos annos!«

Mimo, że o dniu hołdu dla Prof. Baranowskiego nie rozsyłano nikomu zawiadomień, nadeszły liczne telegramy i pisma z życzeniami, między innymi od Towarzystwa historycznego ze Lwowa, Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« i »Nowin lekarskich«, prof. Browicza i Kostaneckiego z Krakowa, prof. Glużińskiego ze Lwowa, Dr Dzierżgowskiego z Petersburga, Dr Święcickiego z Poznania, Dr Lotha z Heidelbergu, Dr Biegańskiego z Częstochowy, posła Parczewskiego, Prof. Dicksteina, i w. i.

Oprócz »Przeglądu lekarskiego« pomieścił »Tygodnik lekarski« portret i życiorys Dostojnego Jubilata.

Przyjmując ten powszechny wyraz hołdu i czci z głębokiem wzruszeniem, Dostojny Jubilat odpowiedział, jak się wyraził »spowiedzią ze swego życia«; wskrzeszając ze swych wspomnień pierwsze zebranie profesorów Szkoły głównej i pierwszą do nich przemowę rektora Mianowskiego, wskazał na ducha, który tę Szkołę ożywiał, jako ostoja po strasznych katastrofach narodowych, jako źródło, z którego płynęła pobudka do działania i pracy, by wyratować ze zgliszcz, co jeszcze ocalić się dało, rozpocząć odbudowę mozolną, powolniejszą, ale trwalszą; przypisując obchód dzisiejszy nie swym własnym zasługom, lecz chęci uczczenia rocznicy Szkoły głównej i wyrażenia uznania dla Towarzystwa naukowego, podniósł Dostojny Jubilat znaczenie pracy naukowej, jako dźwigni ku lepszej przyszłości i dowodu, sprawdzającego w odniesieniu do nas zdanie: »e pur si muove.«

Protektor Towarzystwa w zakończeniu podkreślił, że hołd wszystkich polskich instytucyi naukowych miał wyłącznie Dostojnego Jubilata na celu, a sędziwy prezes Towarzystwa naukowego, znakomity historyk Aleksander Jabłonowski dziękował jeszcze Jubilatowi za krzepienie innych i podtrzymanie wielu, którzy w ciężkich dla społeczeństwa chwilach blizcy byli zwątpienia.

Obchód niezwykłą swą powagą, podniosłością i znaczeniem wyrył się głęboko w pamięci uczestników. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 24. IV. 1912 posiedzenie, na którem odbyły się zapowiedziane wykłady z zakresu balneologii.

— Rada miejska powzięła w dn. 22. IV. 1912 ważną uchwałę, mianowicie postanowiła przystąpić do budowy zakładów sanitarnych: domu dezynfekcyjnego, domu izolacyjnego, dwu pawilonów epidemicznych i pracowni bakteryologicznej. Zakłady te staną na 5-morgowym terenie w zewnętrznej części miasta pod Prądnikiem Białym kosztem 850000 koron, a budżet miasta obciążony będzie z tego powodu rocznym wydatkiem około 40.000 koron. Zarazem uchwaliła Rada ofiarować Wydziałowi krajowemu grunt w sąsiedztwie pod budowę szpitala zakaźnego na 200 łóżek.

Uchwała Rady, zaspokajając jedną z najważniejszych potrzeb sanitarnych miasta, zasługuje na tem większe uznanie, że sprawa ta była utrudniona przez pewną kontragitacyę i że budowa zakładów sanitarnych wymaga od niezasobnego miasta znacznej ofiary finansowej. Należy mieć nadzieję, że Wydział krajowy i Sejm, oceniając ofiarność gminy, ze swej strony spełnią swój obowiązek przez rychłą budowę szpitala zakaźnego.

Na temsamem posiedzeniu uchwaliła Rada rozszerzenie wodociągu kosztem 750.000 kor. i zwiększenie działalności mleczarni miejskiej niedawno założonej, a mającej znaczenie zarówno ekonomiczne, jako regulatorka cen, jak również sanitarne przez zapewnienie ludności uboższej dobrego mleka.

Miejski Urząd zdrowia, a w szczególności naczelny lekarz miasta, Dr Janiszewski, zdobył sobie przez inicyatywę i usilne starania o przeprowadzenie tych spraw trwałą zasługę.

— Do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej wybrani zostali Drowie: Bednarski z Alwerni, Dietzius z Jarosławia, Jabłoński z Rzeszowa, Łowczowski z Wojnicza, Łodziński z Myślenic, Płochocki z NSącza, Zaleski z Sanoka, oraz Ciechanowski, Damski, Schoengut i Stahr (zastępcami Murczyński, Wachtel Z. sen., Weinsberg i Żydłowicz) z Krakowa. Konstytuujące zebranie Izby, które dokona wyboru prezydenta i Wydziału, odbędzie się d. 4 maja b. r.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 1. maja 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dyskusya nad wykładami balneologicznymi. 2) Prof. Majewski: Kilka słów o scotoma heliecliptìcum w związku z ostatniem zaćmieniem słońca. 3) Dr Witold Skórczewski: Atofan ze stanowiska klinicznego i jego zachowanie się w ustroju.